
LETTERS
SCIENCE
ARTS
AGRICULTURE
KNOWLEDGE
LIBRARY of the
OHIO STATE
UNIVERSITY

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Herausgegeben

von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel und **Dr. Arnold Baader** in Basel.

Jahrgang XIII.

1883.



BASEL.
BENNO SCHWABE, Verlagsbuchhandlung.
1883.

Register.

I. Sachregister.

(O = Originalarbeiten.)











II. Namenregister.

III. Acten der Aerztecommission und gesetzliche Erlasse.

IV. Vereinswesen.

V. Correspondenzen.

Schweiz.

Ausland.



VI. Literatur.

(Referate und Kritiken.)



CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 1. XIII. Jahrg. 1883. 1. Januar.

Prosit Neujahr!

„Friede auf Erden!" Was bist du, hohes Weihnachtsfest, mit deinem Ideal des Friedens auf Erden für ein schöner Traum! Wie redlich mühen wir uns ab, für eine kurze Spanne Zeit an deine Wirklichkeit zu glauben, zu vergessen, zurückzukehren zum himmlischen Zauber goldener Jugendjahre mit seinem ungetrübten Glück und der Illusion seines Fortbestehens für alle Zukunft! Wie wohlthuend ist dein ephemerer Glanz, der uns — für einige Stunden wenigstens — Alles vergessen lässt, was uns quält und mit seinem Glorienschein jenen gewaltigen, unersättlichen socialen Kampf verhüllt, dessen friedliche und glückliche Lösung das grosse Problem der Zukunft und die tägliche Sorge der Gegenwart bildet.

Weihnachten! Wie düster waren die Gedanken, die mein Gemüth bedrückten, als ich in einer deiner stillen Abendstunden den Collegen den begeisterten Neujahrsgruss zujubeln wollte! Wir feiern und Tausende, ganze Gesellschaftsclassen feiern mit uns, feuchten Auges, aber mit dem entsetzlichen Gespenste im Herzen, dass sie sich nie, nicht für sich, nicht für ihre Kinder, aus ihrer traurigen Lage emporarbeiten werden, emporarbeiten können.

Leise, windverwehte Lieder,
Mögt ihr fallen in den Sand!
Blätter seid ihr eines Baumes,
Welcher nie in Blüthe stand.

Welke, windverwehte Blätter,
Boten naher Winterruh',
Fallet sacht! . . . . ihr deckt die Gräber
Mancher todten Hoffnung zu.

(Leuthold.)

Da lohnt es sich der Mühe, Weihnachten zu feiern! Thoren, leichtsinnige Kinder des Augenblickes, die wir sind!

Horch! Man ruft dich. Und einen Augenblick später schritt ich durch das wirre Schneegestöber der unfreundlichen Nacht, durch Strassen und Gässchen zur öden Vorstadt, wo der Arbeiter die neuen Häuser gesund wohnt, Treppe um Treppe hinauf zur kalten Mansarde.

Es war nicht viel zu helfen. Aber ich habe doch die kühlende Hand auf die fieberheisse Stirne gelegt, habe dem leidenden Mitmenschen gezeigt, dass er nicht allein, nicht verlassen, dass er Mensch unter mitfühlenden Menschen ist.

Wieder sitze ich am Schreibtische. Gewiss, die Klüfte, welche die verschiedenen Classen unserer menschlichen Gesellschaft trennen, werden nie ausgefüllt, nur nothdürftig überbrückt werden.

Aber es gibt eine Versöhnung; es gibt helfende Hände und Mittel und Wege zur Verständigung, zur Hülfe!

Unserm Stande vor allen andern bietet sich oft und ausgiebig die Gelegenheit hiezu. Wir sind dem Armen, Unglücklichen, Verlassenen sowohl, als auch dem im Ueberflusse Leidenden, Darbenden der Helfer in der Noth, das mitfühlende Herz.

Glückauf zum neuen Jahr, liebe Collegen, euch und euerer Familie! Glückauf euern Zielen und Wünschen, euern Kranken, euern guten Thaten!

Vergessen sei alle Bitterkeit, alle Enttäuschung! Wir arbeiten für unsere Existenz, gewiss! Wir arbeiten aber noch um höhere Ziele, nicht aber um des Dankes Anderer willen. Der Dank liegt in unserer eigenen Brust, und diese höhere Warte lässt uns über die Enttäuschungen weg sehen und uns getrost und muthig die Schwierigkeiten der Zukunft überschauen.

Tu ne cede malis, sed contra audentior ito!

Glückauf zum neuen Jahr, das uns getreu unserer selbst und unserem Berufe finden wird: weit über den, so oft nur zu eng begrenzten Rahmen unserer fachmännischen Thätigkeit hinaus am leiblichen und geistigen Wohle unserer Mitmenschen, an der Möglichkeit ihres menschenwürdigen Daseins arbeitend.

Prosit Neujahr!

Original-Arbeiten.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Ernährungsfrage im Säuglingsalter, und Besprechung eines neuen Präparates.

Vortrag, gehalten in der medicinischen Gesellschaft zu Basel den 5. October 1882 von **E. Hagenbach-Burckhardt.**

Es sind nun 10 Jahre her, dass in unserer Gesellschaft die Ernährungsfrage im Säuglingsalter behandelt wurde, und damals standen wir, wie sich die älteren unter Ihnen wohl erinnern werden, auf dem Standpunkt, dass das Nestlemehl unter den künstlichen Surrogaten der Muttermilch einen hervorragenden Platz wohl beanspruchen dürfe und ohne Bedenken schon für die ersten Monate zu empfehlen sei. Sie werden mir zugeben, dass es sich da wohl lohnt, heute bei Vorzeigung eines neuen Präparates einen kurzen Rückblick zu thun auf die verflossenen zehn Jahre und zu sehen, ob und welche Fortschritte auf diesem Gebiete gemacht worden sind und kurz über die Erfahrungen anderwärts und bei uns zu berichten. —

Ich werde zu dieser heutigen Besprechung veranlasst durch den Wunsch, Sie mit einem Präparate näher bekannt zu machen, von dem ich glaube, dass es trotz der Unzahl von Mitteln, die als Kindernahrungsmittel angepriesen werden, verdient



hervorgehoben zu werden. — Es handelt sich um eine condensirte Milch ohne Zucker und ohne sonstige Beimischung.

Wenn Sie die Literatur der letzten Jahre auch nur oberflächlich verfolgt haben, so konnten Sie sich mit mir überzeugen, dass man allmälig immer mehr von all den künstlichen Nahrungsmitteln abgekommen und dass die Kuhmilch als Ersatz der Muttermilch wieder zu Ehren gekommen ist. Meine vieljährigen Erfahrungen stimmen durchaus mit denjenigen anderwärts überein und so habe ich seit mehreren Jahren weder im Kinderspital, noch in der Poliklinik, noch in der Privatpraxis bei jüngeren Säuglingen, die zur künstlichen Ernährung verurtheilt waren, etwas Anderes als Milch verordnet, freilich mit allen möglichen Cautelen, die hier nothwendig sind. Erlauben Sie mir die Gründe kurz anzugeben, die allgemein geltend gemacht werden und die auch für mich massgebend waren, wesshalb all die Präparate wieder verlassen worden sind. Ich darf wohl behaupten, dass ich es mir Jahre lang angelegen sein liess, diese Mittel zu versuchen; ich musste dies thun als Vorstand eines Kinderspitals und wurde gedrängt durch eine Unmasse von Zusendungen aller Art, so dass ich oft in Verlegenheit kam, ob wir nicht allzu leicht gegen bessere Ueberzeugung etwas anwenden, nur um uns ein Urtheil über das Mittel zu bilden. Seit einer Reihe von Jahren habe ich nun meine ganz bestimmte Ernährungsmethode, von der ich nicht so leicht abzubringen bin, und so lassen mich heute die Zusendungen, die dem Kinderspital gemacht werden, im Ganzen recht kalt und nur selten lasse ich mich noch bewegen, ein Präparat zu versuchen, und auch unsere Diaconissinnen, die seit Jahren da mitmachen, sind jedem neuen Mittel gegenüber misstrauisch, zufrieden mit der bei uns gebräuchlichen Ernährungsweise. —

Lassen Sie mich nur in einigen Worten die Hauptersatzmittel skizziren, so war es zunächst die *Liebig*'sche Suppe, die in Blüthe stand, als ich Ende 1868 in's Kinderspital kam. Sie erinnern sich an die complicirte Darstellungsweise; diese durfte aber nicht entscheidend sein, dass dieses Mittel von mir und anderen wieder verlassen wurde. Es gehörte aber, wie *Sollmann*[1]) sehr richtig bemerkte, zu denjenigen Präparaten, deren Erfinder den Säuglingsmagen einfach als chemische Retorte betrachteten und meinten, wenn sie nur nach den chemischen Analysen der Milch die N-haltigen plastischen zu den N-freien respiratorischen Stoffen in gleichem Verhältniss bei ihrem künstlichen Nährgemisch hergestellt hatten, auch die Ernährungsfrage endgiltig gelöst zu haben Die Erfahrungen waren auf die Länge keine günstigen, wenn auch einzelne Fälle von günstigem Verlauf, ja von sehr gedeihlicher Entwicklung vorkamen; aber bei welchem noch so irrationellen Mittel wären nicht solche Kinder mit eigentlichen Straussenmägen aufzuführen.[2]) Nicht besser ging es mit den für den Verkauf bereiteten Umarbeitungen der *Liebig*'schen Suppe. Diese haben den Zweck gehabt die Herstellung weniger complicirt zu machen; doch die Resultate damit waren noch viel un-

[1]) Specialbericht der Discussion über die Ernährungsfrage auf der 54. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg (1881) in der pädiatrischen Section von Dr. *Albrecht*; Jahrbuch für Kinderheilkunde XVIII. I. p. 15 u. f.

[2]) Von solchen wissen übrigens die Aerzte auf dem Lande mehr zu erzählen, als wir Aerzte grösserer Städte.



günstigere. Nun kamen die Kindermehle an die Reihe und zwar in grosser Zahl, namentlich in der Schweiz, so dass unser Vaterland auf diesem Gebiet zu einer fast traurigen Berühmtheit gelangt ist. Da stand *Nestle* mit seiner farine lactée obenan und wir alle liessen uns von diesem Reclamemittel imponiren und ich glaube, es wird sich keiner hievon ganz ausnehmen. Unser Physiologe, Herr Prof. *F. Miescher,* mit dem ich damals viel über dieses Mittel discutirte, hatte die Freundlichkeit, dieses Kindermehl chemisch und mikroscopisch zu untersuchen und seine mikroscopische Untersuchung zeigte keinen wesentlichen Unterschied gegenüber gewöhnlichem Mehl. Unveränderte, durch Jod intensiv blau werdende Stärkekörner, zum Theil noch in Pflanzenzellen eingeschlossen, meist aber frei, bilden neben geringen Mengen durch Jod gelb werdender Partikel so ziemlich die ganze Masse. Dextrin würde bekanntlich durch Jod nicht gefärbt. Es ist mit einer neuen Etiquette nichts als der gewöhnliche Kinderbrei aus Mehl, Zucker und (gewässerter) Milch. Um als vollständiges Nahrungsmittel zu dienen, muss es jedenfalls mit viel Milch zubereitet werden. [1])

Ich erinnere mich noch wohl an die Discussion, die sich an diese Mittheilung in unserer Gesellschaft anschloss. Die praktischen Aerzte rühmten dieses Mittel, worauf Prof. *His* sarkastisch äusserte, es scheine also das bis jetzt von den Aerzten so sehr perhorrescirte Aufpäppeln der Kinder denn doch das rationelle zu sein; denn das Nestlemehl sei ja nichts Anderes als der bekannte Kinderbrei in etwas anderer Form. Es zeigte sich aber in der Folge, dass diese Stärkemehlfütterung für die Mehrzahl der Kinder im zarten Säuglingsalter nicht zuträglich sei. — Die Untersuchungen von *Miescher* wurden vervollständigt durch eine Dissertation von *Eliza Mac Donogh* [2]) unter Prof. *O. Wyss* gearbeitet. — Danach waren neben vielen Bruchstücken oft noch ganze Körner zu sehen mit sehr deutlicher concentrischer Schichtung; die Bruchstücke sind in Hälften oder Vierteln, meist haben sie die Form einer Halbkugel. — Die Stärkekörner lassen sich ganz deutlich als geröstete Weizenstärke erkennen. — Die Umwandlung des Stärkemehls in Dextrin und Zucker durch überhitzten Wasserdampf, was in jeder Reclame vorgespiegelt wurde, zeigte sich demnach als unrichtig. Zur Verbreitung des Nestlemehl trug natürlich nicht wenig bei, dass *Lebert* sich dazu hergab, eine Brochure als Reclamenschrift [3]) zu verfassen. Diese Arbeit brauche ich nicht näher zu besprechen; sie ist in der Literatur genügend verurtheilt.

Nun folgte die grosse Zahl von anderen Kindermehlen, die ich nicht alle namentlich aufführen will; alle wollten eine Verbesserung sein, aber alle waren nicht wesentlich verschieden; in den untersuchten Kindermehlen, worunter auch das lange so gerühmte *Gerber*'sche Kindermehl nicht fehlt, fand sich die Stärke nirgends so stark verändert, dass die bestimmte Amylumart nicht mehr hätte erkannt werden können. — Alle diese Kindermehle, und mit ihnen die *Hartenstein*'sche Leguminose und die Malto-Leguminose *H. v. Liebig*s

[1]) Protocoll der medic. Gesellsch. in Basel im Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte. 1872. p. 367.

[2]) Können wir durch die mikroscopische Untersuchung der künstlichen Kindermehle ihre Bestandtheile diagnosticiren? Zürich 1877.

[3]) Die Milch und das *Henry Nestle*'sche Milchpulver. Basel 1875.



musste für das erste Kindesalter als unpassend bei Seite gelassen werden. — Und wenn auch die versprochene Umwandlung in Dextrin und Zucker bewerkstelligt wäre in diesen Kindermehlen und die chemische Zusammensetzung sich derjenigen der Milch nähern würde, was übrigens nicht einmal der Fall ist, so wären wir noch nicht berechtigt, diese Präparate zu empfehlen. Bei gleichem Gehalt an nährenden Substanzen nach der chemischen Analyse ist das physiologische Verhalten äusserst verschieden bei animalischer und vegetabiler Nahrung. Die Assimilationsfähigkeit, d. h. der Grad der Ausnutzung, die Verdaulichkeit, ist bei vegetabiler Nahrung, namentlich in Bezug auf die resorbirbaren Eiweissstoffe viel ungünstiger, als bei animaler Nahrung. (*Soltmann*, l. c.)

So kam es, nachdem theoretische Betrachtungen und praktische Erfahrungen immer mehr gegen den Weitergebrauch dieser künstlichen Surrogate sprachen, dass man ziemlich allgemein wieder zur Thiermilch zurückgriff. Da wusste man doch genau, was man hatte: die chemische Zusammensetzung sowohl, als das physiologische Verhalten waren bekannt. Begreiflicher Weise griff man immer zuerst und zumeist nach der Kuhmilch. Dass diese nicht ohne Weiteres gebraucht werden könne, darüber waren Alle einig; man ging nur auseinander in der Frage, welche Form der Darreichung die zweckmässigste sei. Dies führt mich noch auf das *Biedert*'sche Rahmgemenge, die condensirte Milch, die Zusätze *Lactin* u. *Paulcke*'s Milchsalz. —

Biedert als Autorität auf dem Gebiete der Säuglingsernährung ist Ihnen wohl bekannt; ebenso sein Rahmgemenge und wohl auch seine Rahmconserve; beide Mittel haben ja in den letzten Jahren auch bei uns in Basel viel von sich reden machen und haben bei Aerzten und Laien vielfachen Anklang gefunden. — *Biedert*'s Rahmgemenge ist zunächst hervorgegangen aus der Erkenntniss der bedeutenden Verschiedenheit von Kuhcasein und Frauencasein. Zunächst enthält die Frauenmilch weniger Casein als die Kuhmilch (4—5% Casein in der Kuhmilch gegenüber 1,5—2,4% Casein in der Frauenmilch) und dann besteht zwischen Frauencasein und Kuhcasein in ihrer verschiedenen Löslichkeit in künstlichem Magensaft ein weiterer wichtiger Unterschied. Das reine Kuhcasein ist also weitaus weniger verdaulich für den kindlichen Magen, als das Frauencasein. *Biedert* hat nun wegen der schwereren Verdaulichkeit des Kuhcaseins und dem stärkeren Gehalt der Kuhmilch an Käsestoff eine Verdünnung vorgenommen und zwar bedient er sich hiezu nicht der Milch, sondern des Rahms, damit mit der Verdünnung nicht auch der Fettgehalt zu sehr vermindert werde. — Dabei hat das Fett neben seinem eigenen Nährwerth noch die weitere wichtige Function, dass es die Verdauung der Eiweisskörper in der Milch fördert. — Damit erzielt also *Biedert* mit anderen Worten eine Verminderung des Caseins auf 1% (nur so viel wird überhaupt verdaut), eine leichtere Resorbirbarkeit dieses Caseins durch den Zusatz des Fettes und das nöthige Quantum Fett in der Nahrung. — Da aber durch die Rahmverwendung die Kuhmilchernährung um Einiges complicirter wird, indem eine Milchbeschaffung in etwas grösserem Massstab dabei nöthig ist, und durch, wenn auch nur kurzes Stehenlassen der ungekochten Milch (da von gekochter sich kein Rahm abscheidet) in warmer Jahreszeit zu weiterem



Fortschreiten der Zersetzung Gelegenheit gegeben wird, so entstand bei *Biedert* das Verlangen nach einem Rahmpräparat von möglichst gleichmässiger Zusammensetzung, das überall zur Hand und vor Verderbniss gesichert wäre. Er liess deshalb unter der technischen Ausführung des Apothekers *Münch* in Worms sein künstliches Rahmgemenge herstellen, welches unter dem Titel: *Biedert's* Kindernahrung (künstliches Rahmgemenge, Rahmconserve) gegenwärtig im Handel ist.

Natürlich haben wir das *Biedert*'sche Rahmgemenge auch versucht und waren im Spital damit zufrieden, aber für die grosse Menge von Säuglingen, die uns poliklinisch zugeführt werden, konnten wir dieses Mittel nicht gebrauchen; dazu ist die Anwendung zu complicirt. — Ueber die Rahmconserve, das muss ich gestehen, habe ich kein eigenes Urtheil. Zur Entschuldigung dieser Unterlassung möchte ich anführen, was *Jacobi* [1]) über diese Rahmconserve schreibt:

„Nach 3 bis 4 Wochen soll der Conserve eine Quantität Milch zugesetzt werden. Also wieder Milch von ungleicher Qualität, mit all den wirklichen und angeblichen Gefahren derselben, ob sie nun Land-, Stadt-, Morgen-, Abend-, Trockenfütterungs- oder Weidemilch ist. Und die Conserve? Sie liefert den Erfinder und das Publikum wieder einmal in die Hände der Fabrikanten, Händler und annoncirenden Speculanten. Mag die Idee noch so wissenschaftlich sein, man wird sich damit abfinden müssen, dass sie für die Masse der Bevölkerung nicht zu verwerthen ist. Ausserdem fürchtet *Jacobi*, dass bei Genuss des *Biedert*'schen Rahmgemenges jene Fettdiarrhœ zu Stande kommen könne, zu deren Kenntniss *Biedert* selbst werthvolle Beiträge geliefert hat."

Jedenfalls kann von einem allgemeinen Gebrauch dieser Rahmconserve schon deshalb keine Rede sein, weil sie zu theuer ist. *Biedert* [2]) sagt selbst: Etwas recht Uebles muss ich dem abgehandelten Präparat zum Schluss noch nachsagen: es ist theuer, der fertige Liter davon kommt auf 40 Pfennige, während der Liter mit 3 Theilen Schleim verdünnter Kuhmilch mit Zucker nur etwa 8 Pfennige kostet.

So vortrefflich dieses Rahmgemenge ausgedacht und so günstig auch die Erfolge waren, so konnte sich dasselbe doch nicht überall Eingang verschaffen aus den angeführten Gründen. Man wandte sich deshalb immer wieder der Kuhmilch zu; um so mehr wurde es da nöthig für die Uebelstände, die bei der Milchnahrung zu ungünstigen Resultaten geführt haben konnten, durch gründliche Reorganisation auf dem Gebiete der Milchproduction und des Milchhandels Abhilfe zu schaffen. In diesem Streben gehen heute alle Sachverständigen einig, dass es eine der ersten Aufgaben sei, dem Säuglinge aus den Milchkuranstalten eine zweckentsprechende Milch zu beschaffen. —

Für diese Frage wurde neues Interesse geschaffen durch einen sehr zeitgemässen Antrag *Demme*'s auf der 52. deutschen Naturforscherversammlung zu Baden, der dahin ging, eine Commission von Pädiatren zu ernennen, die speciell eine zweckentsprechende Discussion für die hochwichtigen Fragen der Kinderhygieine

[1]) Pflege und Ernährung des Kindes. *Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten. I. Bd., 2. Aufl., pag. 95.

[2]) Die Kinderernährung im Säuglingsalter, 1880.



(Ernährungs- und Findlingsfrage) vorbereiten solle. Zahlreiche Fachgenossen wurden auf dem Wege des Circulars ersucht sich auszusprechen: 1) über den Ersatz der Frauenmilch durch natürliche unverfälschte Thiermilch und 2) über Ersatz der natürlichen Thiermilch durch künstliche Nährpräparate mit oder ohne Milch. *Sollmann*, der Vorsitzende dieser Commission, konnte, gestützt auf zahlreiche Antworten von allen Seiten, auf der 54. Versammlung deutscher Naturforscher in Salzburg (1881) die Eröffnung machen, dass heute die Meinung aller Fachmänner dahin gehe, dass, wo die natürliche Nährquelle dem Kinde versagt ist, die Thiermilch allein als naturgemässer Ersatz zu betrachten ist. Die zahllosen Kunstpräparate, fügt er bei, konnten nur deshalb den Markt überschwemmen, weil unsere Kenntnisse über die Verdauungsvorgänge im kindlichen Organismus zu unvollkommene waren, weil wir so gut wie nichts wussten über den chemischen und physiologischen Unterschied der animalischen und vegetabilischen Nahrung, und somit den Nährwerth der künstlichen Nährpräparate gänzlich falsch beurtheilten und endlich, weil das umfassende Sündenregister der Milchproduction und des städtischen Milchverkehrs den Gebrauch der Milch geradezu verpönte. Mit dieser einstimmigen Erklärung war in der That ein gewaltiger Schritt vorwärts gethan in der Ernährungsfrage und eine nothwendige Folge davon ist das allseitige Interesse an der Errichtung von Milchkuranstalten, die den strengen Anforderungen entsprechen. In derselben Sitzung referirte deshalb *Albrecht* aus Neuenburg über den Ersatz der Frauenmilch durch natürliche unverfälschte Thiermilch. Auf diese interessante Arbeit [1]) und die nachfolgende Discussion kann ich hier leider nur verweisen. Wer sich interessirt für Milchkuranstalten, für die Frage der Race der Kühe, für Fütterung und Pflege, Beschaffenheit des Stalles und die Behandlung der Milch vom Augenblicke an wo sie das Euter verlässt bis zum Momente des Verbrauchs, der findet da eingehende Belehrung. Ueberzeugt von der Wichtigkeit aller dieser Dinge, die uns früher ziemlich gleichgültig waren, haben auch wir in unserer Gesellschaft Milchproduction und Milchhandel zum Gegenstand näherer Betrachtung gemacht, freilich leider einstweilen ohne das gewünschte fruchtbringende Resultat.

Eine fernere erfreuliche Uebereinstimmung besteht im Allgemeinen gegenwärtig über die Art der Darreichung der Kuhmilch. Dass die Milch dem Alter des Kindes entsprechend verdünnt werden muss, dass Zucker muss zugesetzt werden, dass sehr viele Aerzte den Zusatz von Alkalien für zweckmässig erachten, ist hinlänglich bekannt; aber über einen weiteren wichtigen Punkt hat man sich auch geeinigt, dem ich gerne hier etwas mehr Aufmerksamkeit schenken möchte, nämlich die Verdünnung der Milch mit Gersten- oder Haferschleim. [2]) — Die Darreichung von Schleim allein, auch eine Mischung von Milch und Schleim erscheint Ihnen mit Recht nicht als etwas besonders Neues; bei Magen- und Darmaffectionen hat seit alter Zeit der Schleim als Nahrungsmittel seine grosse Bedeutung gehabt; dieselbe Mischung aber auch gesunden Säuglingen regelmässig

[1]) Jahrbuch für Kinderheilkunde XVIII. I. Heft, p. 21 u. f.

[2]) Schleim ist hier im Sinne der Deutschen zu verstehen, d. h. eine Abkochung von Gerste oder Hafer, während wir in der Schweiz unter Schleim eine Suppe verstehen, die mit Fleisch gekocht ist.



zu verabreichen, ist neueren Datums und auch heute noch nicht allgemein verbreitet. —

Schon seit vielen Jahren ist diese Art der Milchverdünnung bei uns im Kinderspital die allein gebräuchliche und unsere sehr günstigen Erfahrungen auch in der Poliklinik und in der Privatpraxis befestigen mich mit jedem Jahre mehr in der Ueberzeugung, dass dieselbe für unsere empfindlichen Stadtkinder fast als eine conditio sine qua non zu betrachten sei, auch wenn die Darmfunctionen ganz normale sind, oder besser gesagt nur wenn sie dies sind; denn sobald Magen- oder Darmstörungen eingetreten sind, ist überhaupt ja jegliche Milch wegzulassen und bloss Schleim oder auch Eiweisswasser zu verabreichen. — Ich lasse hier zur Bekräftigung des Gesagten am liebsten *Jacobi* [1]) noch reden, dessen Urtheil ein allgemein sehr geschätztes ist und dessen Erfahrung sich über einen noch grösseren Zeitraum erstreckt. Er besteht zunächst darauf, dass der Gerstenschleim, der ganz jungen Kindern verabreicht wird, von den grossen rohen Graupen bereitet werde, weil die grosse Masse des Proteins in den äusseren Lagen des Korns enthalten ist; das Amylum dagegen, das weiter nach innen sitzt, wird so weggeworfen. — „In einem Klima (New-York)," sagt *Jacobi*, „das dem kindlichen Körper so überaus gefährlich ist und in dem schwere Verdauungsstörungen während des Sommers zu den täglichen Erfahrungen des Praktikers gehören, habe ich mich von der Zuverlässigkeit meiner Mischung immer und immer wieder überzeugen können. Dazu kommt, dass ich nicht nöthig habe, mich auf die Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit von Handeltreibenden zu verlassen, sondern dass meine Mischung von jedem noch so ärmlich Situirten zubereitet werden kann. Ich habe es als nothwendig erachtet, ein Nahrungsmittel für das kindliche Alter zu finden, das weder durch Unwissenheit, Nachlässigkeit oder Bosheit verschlechtert, noch durch den Handel vertheuert werden kann. Alle diese Indicationen werden vollständig erfüllt durch das, was ich geboten habe.

Was ich damit erreichen will, die langsame Einwirkung des Magensaftes oder überschüssiger Magensäure auf das Casein der Milch, erreiche ich unter allen Umständen."

Der Grad der Verdünnung richtet sich natürlich nach dem Alter des Kindes; in demselben Verhältniss, als man Wasser oder irgend einen Thee der Milch zur Verdünnung zugesetzt hat und es heute noch viel thut, setzen wir derselben diese Gerste- oder Hafer-Abkochung zu. Ich begnüge mich hier mit diesen Andeutungen, die mir wichtig erschienen bei Besprechung der verschiedenen Surrogate der Muttermilch. Ohne mich also weitläufig auf die noch discutirbaren Fragen einzulassen, ob Rohr-, Trauben- oder Milchzucker zuzusetzen sei, ob Alkalien nöthig seien, ob Milch von einer Kuh oder gemischte Milch besser, ob rohe oder gekochte Milch vorzuziehen, theile ich nur kurz und ohne weitere Begründung meiner Ansicht mit, dass ich Rohrzucker vorziehe, dass ich meist Alkalien zusetze, dass ich die gekochte Milch und die gemischte Milch vorziehe; letzteres natürlich nur dann, wenn die die Milch liefernde Milchkuranstalt zweckmässig gehalten ist.

[1]) l. c. p. p. 135 u. p. 143 u. f.



Nur ein Wort noch über die Zusätze Lactin und *Paulcke'*sches Milchsalz. — Ueber ersteres habe ich eigene Erfahrungen, die aber der Art waren, dass ich nicht den Muth hatte einen Versuch auch noch mit dem *Paulcke*'schen Milchsalz zu machen. — Das Lactin, dessen Darstellungsweise, so viel ich weiss, Fabrikgeheimniss ist, wird bekanntlich aus Molken gewonnen und enthält im Wesentlichen Milchzucker. — Bei der wiederholten Anwendung nach Vorschrift trat jedesmal Diarrhœ ein. Für das *Paulcke*'sche Milchsalz tritt u. a. *Kormann* [1]) ein. Nach zahlreichen Beobachtungen kommt derselbe zum Schluss, dass dieses Salz für die künstliche Ernährung von Säuglingen mit guter, mit Gerstenschleim verdünnter Kuhmilch während der ersten 3 Lebensmonate — zur Sommerszeit auch noch in späterer Zeit — von entschiedener Bedeutung ist und allgemeine Anwendung verdient.

Beide hier erwähnten Salze sollen das Casein der Kuhmilch der Frauenmilch in seiner Gerinnung ähnlicher machen; da wir durch den Schleimzusatz diess in befriedigender Weise erreichen, so haben wir uns noch nicht für die Anwendung des von bewährter Seite empfohlenen Milchsalzes entschliessen können.

Diese längere Einleitung, nur um Ihnen schliesslich ein neues Präparat zu empfehlen, habe ich mir erlaubt, weil ich glaubte zeigen zu sollen, dass ich nicht ohne ganz besondere Gründe mit einer solchen Empfehlung vor Sie trete. Dann hat mich neben vielen schriftlichen und mündlichen Aeusserungen über Kinderernährung, die mir als unrichtig erschienen sind, namentlich auch eine veranlasst, etwas weiter auszuholen, nämlich eine solche in dem ausgezeichneten Handbuch der Geburtshilfe von *Schröder* und zwar noch in der neuesten Auflage.

„Empfehlung verdient", steht dort geschrieben auf pag. 241, „wenigstens bei etwas älteren Kindern (vom dritten Monat ab) — das *Nestle*'sche Kindermehl, welches im Wesentlichen aus Weizenmehl und Milch besteht. Das Mehl wird mit Wasser (etwa 1 : 8) angerührt und einige Minuten gekocht. Es wird in der Regel gut vertragen, so dass es als eines der besseren Surrogate der Milch anzusehen ist." Also eine Mischung von hauptsächlich Stärkemehl und Wasser wird hier empfohlen. Da wäre ein Zusatz eines gewöhnlichen kleberreichen Gerstenmehls zur gehörig vorbereiteten Milch für die späteren Monate doch gewiss billiger und rationeller.

Bei Besprechung der Ersatzmittel der Muttermilch habe ich von der condensirten Milch, wie wir sie von Cham beziehen, noch nicht gesprochen. Bekanntlich hat diese Milch seiner Zeit auch eine bedeutende Rolle gespielt unter den Nahrungsmitteln des ersten Kindesalters und auch heute noch wird sie verwendet, wo die Beschaffung guter Kuhmilch schwierig ist. Der hohe Zuckergehalt war hauptsächlich schuld, dass diese Milch in Misskredit kam; man war gezwungen wegen desselben die Milch allzustark zu verdünnen, so dass die nahrhaften Bestandtheile in zu geringer Menge dem kindlichen Organismus zugeführt wurden, und that man dies nicht, so entstanden in Folge des zu grossen Zuckergehaltes der Nahrung nothwendiger Weise Verdauungsstörungen. *Demme*, der uns in

[1]) Jahrb. f. Kinderheilkunde XVIII. 1. p. 60 u. f.



seinen Jahresberichten Jahr für Jahr seine Erfahrungen mittheilt über die verschiedenen Nahrungsmittel, berichtet in seinem Jahresbericht 1881, dass die Chamer Milch, sorgfältig dem Alter des Kindes entsprechend verdünnt, mit sehr dünner Abkochung von Gerste oder Hafer, für den Säugling bis zum Ende des dritten Lebensmonates, bei bestehender Unmöglichkeit der Darreichung von Muttermilch oder frischer Kuhmilch eine zweckmässige Nahrung liefere. — Bei Kindern im 4. und 5. Monate übe der grosse Zuckergehalt dieser Milch einen nachtheiligen Einfluss auf die Function der Verdauungsorgane aus und veranlasste in Folge dessen Rachitis. — *Demme*, *Biedert*, *Albrecht* [1]) ziehen mit Recht dieser condensirten Milch, auch wenn sie mit Gerstenschleim vermischt ist, was ich ebenfalls als eine kleine Verbesserung des Gemisches ansehe, gut präparirte Kuhmilch vor. So habe auch ich die condensirte Milch für gewöhnlich ganz verlassen und blos für Reisen empfohlen oder im Fall, wo gute Kuhmilch gar nicht zu bekommen war.

Dieser condensirten Milch wurde in allerneuester Zeit ärztlicher Seits wieder mehr Aufmerksamkeit geschenkt, als Präparate in Handel kamen, die die Vorzüge einer condensirten Milch beanspruchten ohne Beimengung von Zucker. Schon *Jacobi* hat in New-York bei seiner condensirten Milch, die viel weniger Zucker enthält und die er mit Gerstenschleim vermischt, viel bessere Resultate erzielt, so dass er keinen Unterschied entdeckt zwischen den Resultaten mit condensirter oder guter Stadtmilch.

Von solcher condensirter Milch ohne Zucker sind in der Schweiz dreierlei Präparate in den Handel gekommen: 1) dasjenige der Société des Usines de Vevey et Montreux (Oetli), 2) die ohne Zusatz conservirte schweizerische Alpenmilch der Exportgesellschaft Romanshorn und 3) die condensirte schweizerische Alpenmilch Helvetia — ohne Zucker und ohne andere fremden Substanzen. —

Gewiss sind beim heutigen Ernährungsstandpunkt solche Präparate einer Prüfung werth. *De la Harpe* [2]) ist ein begeisterter Lobredner des erstgenannten Präparates, das bekanntlich 1,0 benzoesaure Magnesia auf 1 Kilo der Milchconserve enthält. Obschon derselbe versichert, dass bei einer grossen Anzahl von Kindern und von Kranken die Beimischung von benzoesaurer Magnesia keinerlei Nachtheile bewirkt habe, im Gegentheil durch diesen Zusatz die Gährung verhindert werde, zog ich Versuche mit einem anderen Präparate vor, das auch ohne Zuckergehalt, aber auch ohne jegliche sonstige Beimengung im Handel war. — Die hier folgenden kurzen Mittheilungen beziehen sich alle auf die condensirte Milch Helvetia. Unser öffentlicher Chemiker, Herr Prof. *Piccard*, hat die Milch untersucht und keine fremden Beimischungen gefunden. Die Darstellung dieses und der anderen Präparate beruht darauf, dass die Milch vorübergehend über 100° C. erhitzt und in Vacuo auf einen Drittel ihres früheren Volumens bei circa 60° C. eingedampft wird. Dies ist die Angabe des Agenten und stimmt mit derjenigen von *Demme* in seinem Berichte vom Jahre 1881. Ich verhehle mir durchaus nicht, dass wir es hier mit einem Fabrikate zu thun haben,

[1]) Wie ernährt man ein neugeborenes Kind. Bern 1879.

[2]) Considérations médicales sur le lait concentré sans sucre de la société des usines de Vevey et Montreux. Genève 1881 und Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte 1881, 762.



das in seiner Güte wechseln kann; ich verschweige auch nicht, dass im Beginn häufiger, jetzt sehr selten Büchsen uns in die Hände kamen, die in Gährung begriffene Milch enthielten, was wohl von nicht ganz luftdichtem Verschlusse herrührte. — Ich schicke meinen Beobachtungen voraus, dass *Demme* mit Nr. 1 und 2 Nährversuche gemacht hat und dass er zu dem Resultate kommt, dass der Gebrauch für die frühe Säuglingsernährung in jenen Fällen zweckmässig erscheine, bei welchen keine reine unverfälschte Kuhmilch zu beschaffen sei, in günstigen Verhältnissen sei der Gebrauch frischer Thiermilch vorzuziehen; ferner sei die frische Thiermilch um wenigstens ein Drittel billiger als der Gebrauch der Milchconserven. — Seit diesem Frühjahr habe ich die condensirte Milch ohne Zucker in einer Anzahl von Fällen angewandt und habe sowohl bei ganz jungen, als bei halbjährigen Säuglingen befriedigende Resultate erzielt. — Die Milch wurde jeweilen mit Gersten- oder Reisabkochung verdünnt und zwar zunächst im Verhältniss von 1 : 10, später 1 : 8 und bei halbjährigen 1 : 6. Nach Angabe des Fabrikanten soll die Büchse $1^1/_2$ Liter Milch entsprechen.

Ich lasse hier 2 Beobachtungsreihen folgen, welche über die wöchentliche Zunahme, die wöchentlich verbrauchten Büchsen, den Milchpreis per Woche und den Stand der Verdauung des Kindes Auskunft geben.

Datum.	Gewicht.	Zunahme. Gramm.	Anzahl der Büchsen.	Milchpreis pr. Woche.	Verdauung
25. Mai	3875	—	—	Fr. —. —	täglich 1—2
1. Juni	4125	250	$1^1/_3$	„ —. 80	normale Stühle
8. Juni	4350	225	2	„ 1. 20	„ „
15. Juni	4700	350	2	„ 1. 20	„ „
22. Juni	4700	—	$2^1/_3$	„ 1. 40	„ „
30. Juni	4875	175	$3^1/_3$	„ 2. —	„ „
6. Juli	5000	125	$2^2/_3$	„ 1. 60	„ „
15. Juli	4825	(175 Abn.)	Schleim mit nur wenig Milch, zuletzt blos Schleim.		Diarrhœ
20. Juli	4900	75	2	„ 1. 20	fast normal
27. Juli	5150	250	3	„ 1. 80	normal
3. Aug.	5150	—	3	„ 1. 80	„
10. Aug.	5350	200	3	„ 1. 80	„
17. Aug.	5600	250	3	„ 1. 80	„
31. Aug.	5675	75 (in 14 Tag.)	$6^1/_2$ (in 14 Tag.)	„ 3 90 (in 14 Tag.)	etwas Diarrhœ
7. Sept.	5700	25	$4^1/_3$	„ 2. 60	fast normal
14. Sept.	6000	300	$3^2/_3$	„ 2. 20	normal
21. Sept.	6300	300	4	„ 2. 40	„
29. Sept.	6400	100	3	„ 1. 80	„
5. Octob.	6525	125	$3^3/_4$	„ 2. 25	„

Das Kind, das dieser Beobachtung zu Grunde liegt, war am 25. Mai 4 Wochen alt; es wurde bis zu diesem Zeitpunkt gestillt von der Mutter; die Entwöhnung geschah ziemlich rasch, so dass dasselbe vom 1. Juni an nur die condensirte

Milch als Nahrung bekam. Es gehört dasselbe einer sehr armen Familie an, 8 Personen in einem Zimmer, wenig Lüftung; das Kind kommt fast nie an die Luft. Die Milch wurde zuerst im Verhältniss von 1 : 10, später von 1 : 8 gegeben. (NB. Gerstenwasser.) Prüfen wir die Tabelle auf wöchentliche Zunahme und auf den Milchconsum, incl. Milchpreis, so ergibt sich, dass das Kind oft über das Durchschnittsgewicht zunahm, dass der Milchconsum ein kleiner war, in dem das Kind Anfangs blos 2, später 3 bis höchstens 4 Büchsen per Woche verbraucht. Darnach beträgt der wöchentliche Milchpreis Fr. 1. 20 bis Fr. 1. 80 bis höchstens Fr. 2. 40. Dieselbe Quantität gute Kindermilch in einer Basler Milchcuranstalt bezogen, würde aber Fr. 1. 50 bis Fr. 2. 25 bis Fr. 3 kosten.

Die zweite hier folgende Tabelle gehört einem $^1/_2$jährigen Kinde an, das wir während eines längeren Zeitraums im Kinderspital beobachteten.

Datum.	Gewicht. Gramm.	Zunahme. Gramm.	Anzahl der Büchsen.	Verdauung.
4. Juli	4175	—	—	Während der ganzen Beobachtungszeit täglich 2—3 halbdünne Stühle.
7. „	4312	137	2	
11. „	4439	127	3	
14. „	4445	6	$1^1/_2$	
19. „	4460	15	2	
21. „	4677	217	1	
26. „	4805	128	2	
29. „	4805	—	1	
1. Aug.	4977	172	3	
6. „	5033	56	3	
11. „	5280	247	4	
15. „	5485	205	4	
18. „	5650	165	4	
21. „	5620	30 (Abnahme)	2	
25. „	5790	170	3	
30. „	5815	25	5	
1. Sept.	5850	35	2	
3. „		Auftreten einer catarrhalischen Pneumonie.		
12. „	4740			
3. Oct.	5375.			

Wir wählten hier absichtlich ein Kind, das schon an schwerer Verdauungsstörung gelitten hatte, dessen Magen und Darm also auf unpassende Nahrung ein empfindliches Reagens sein musste. Dasselbe wurde uns den 17. Juni in sehr heruntergekommenem Zustande gebracht, an schlimmer Dyspepsie und Darmcatarrh leidend. Der damals vom Assistenten aufgenommene Stat. præs. beginnt mit den Worten: Kind in moribundem Zustand, Haut blass, faltig, sehr abgemagert. Erbrechen halb geronnener Milch, wässrige grüne Stühle.

Bei Schleim, Eiweisswasser, Cognac mit Wasser, Einschlagen in warme Tücher erholte sich das Kind allmälig, so dass den 4. Juli mit der condensirten Milch konnte begonnen werden. In diesem nicht vollständigen Monate (es fehlen 4 Tage)



nahm das Kind bei condensirter Milch mit Reiswasser 847 grmm. zu (das Mittel beträgt 450), im 8. Monat 836 grmm. (Mittel 400). Entsprechend dieser Zunahme bei einem sich von einer schweren Ernährungsstörung erholenden Kinde war natürlich auch der Milchconsum ein grösserer. Im Juli wurden $12^{1}/_{2}$ Büchsen verbraucht, im August 28 Büchsen, also fast täglich eine; das Verhältniss war meist 1 : 6. — Diese Beobachtung wurde unterbrochen durch eine catarrhalische Pneumonie. Schon bei der Aufnahme und auch während des Spitalaufenthaltes verbreitetes Rasseln. Durch diese Krankheit und den damit verbundenen Darmcatarrh kam das Kind bedeutend herunter, Gewichtsabnahme 900 grmm. in 9 Tagen. Nach Ablauf der Krankheit und des Darmcatarrhs neuerdings Ernährung mit condensirter Milch und Zunahme vom 12. September bis 3. October um 635 grmm.

Nach dem hier Mitgetheilten halte ich diese Milch wohl weiterer Versuche werth. Sie ist neben ihrer Verdaulichkeit ein billiges Präparat, so weit unsere Erfahrungen reichen, welche also in diesem Puncte mit den anderweitigen Angaben auch von *Demme* nicht übereinstimmen. — Dieser Factor ist aber in der ganzen Ernährungsfrage in erste Linie zu setzen. Ferner ist zu betonen, dass dieses Nahrungsmittel sich höchst einfach darstellen lässt.

Es ist natürlich, wie schon bemerkt, sehr zu wünschen, dass die Fabrikation eine zuverlässige bleibe und dass es ihr gelingen möge, absolut luftdichten Verschluss bei allen Büchsen zu erzielen.

Vereinsberichte.

Ordentliche Sommerversammlung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Bern.

Samstag, den 15. Juli 1882, im Hôtel Guggisberg in Burgdorf. [1])

Präsident: Prof. Dr. *Kocher*, Actuar: Prof. Dr. *Pflüger*.

Anwesend 43 Mitglieder und 3 Gäste.

Der Präsident eröffnet die Sitzung mit folgender Ansprache:

„Zu der ordentlichen Sommerversammlung heisse ich Sie herzlich willkommen. Es steht uns heute vor der Genuss einiger wissenschaftlicher Vorträge, und die Aufgabe, eine Frage von bedeutender socialer Wichtigkeit zu discutiren. Wir haben dafür zu sorgen, dass das Bernervolk für ein Gesetz in die Schranken tritt, das für die ganze Schweiz eine Wohlthat sein wird. Ich habe in den letzten Tagen in den Tageszeitungen einen Artikel gelesen, wonach auf einem Grabstein zu lesen war: „Frau X., geb. 1830, gest. 1869, als Opfer der Medicin.“ Wir dürfen uns wohl fragen, woher in dem Lande sonst so starken Glaubens eine so grosse Abneigung gegen ärztliche Hülfe komme und woher der Ingrimm datire gegen den ärztlichen Stand, wie er von gewissen Seiten zur Schau getragen wird. — Einestheils liegt es wohl darin, dass wir durch unsere Beschäftigung mit Freud und Schmerz gewissermaassen das böse Princip der Welt in uns verkörpern und dadurch, dass wir hie und da mit unsern Hülfsmitteln zur Bekämpfung der Krank-

[1]) Eingelaufen 14. November 1882. Red.

heit nicht ausreichen, uns den Anschein geben, als ob wir diese Krankheit für eine Nothwendigkeit erklären; und allerdings anerkennen und vertreten wir die Naturnothwendigkeit der Krankheit wie jedes andern Uebels insofern, als es eine Abweichung von den göttlichen und menschlichen Gesetzen ist, welche die Krankheit bewirken. Wer keine Leber-Cirrhose bekommen will, mache nichts in Baccho, wer ein Carcinom hat, lasse sich dasselbe herausschneiden. So sind wir freilich die Vertreter der unerbittlichen Nothwendigkeit und so sind wir auch in der Impffrage befugt und sogar verpflichtet, dem Publicum zu sagen, was Wahrheit ist und unermüdlich dafür einzutreten. — Zu diesem Kampfe sind wir heute zusammengetreten. — Indem ich Sie nochmals willkommen heisse, erkläre ich die Sommersitzung für eröffnet."

Es wird vom Präsidium angezeigt, es seien verschiedene Schriften eingelangt, und bittet dasselbe die Mitglieder, ihre allfälligen Arbeiten dem Vereine nicht vorenthalten zu wollen.

Dr. *Burckhardt* nimmt in Form eines freundlichen Abschiedsschreibens seinen Austritt aus dem Cantonalverband.

Rechnungspassation: Die beiden Rechnungspassatoren empfehlen die Genehmigung.

(Der Unterstützungsfond beträgt dato Fr. 9860. Die Unterstützung pr. Fr. 150 an Dr. *Stengel* fällt in Folge Ablebens von nun an dahin.)

Die Rechnungsablage wird einstimmig genehmigt.

Prof. *Lichtheim:* Es sei mir erlaubt, ein paar Worte in Bezug auf mein Thema zu sprechen.

Wie Ihnen bereits Herr Prof. *Kocher* bemerkte, habe ich nicht das auf dem Programm stehende Thema gewählt. Ich will nicht über die Tuberculose im Allgemeinen sprechen, nicht über die Prognose, ich will auch nicht die unmittelbaren Consequenzen ziehen für die Therapie. Was mich heute veranlasst, zu Ihnen zu sprechen, ist die Bedeutung der neuen Forschungen für die Diagnose darzulegen.

Es ist Ihnen ohne weiters klar, dass die *Koch*'sche Entdeckung eine ungeheure Bedeutung haben wird für die pathologische Diagnose. Sie wissen, dass die ganze Zeit der letzten 20 Jahre verwendet wurde für die Frage: Was ist Tuberculose? — Sie wissen, was für grosse Irrwege selbst bei hervorragenden Forschern eingetreten sind.

Seitdem wir uns nun bewusst sind, an der parasitären Natur der Krankheit nicht mehr zweifeln zu dürfen, ist auch die Aetiologie eine ganz andere geworden. Der Gipfelpunct liegt in dem Ausspruch, dass tuberculös Alles genannt werden müsse, was Tuberculose wieder erzeuge. Das Kriterium der Tuberculose ist also bestimmt durch die Ueberimpfbarkeit des tuberculösen Materials. Dieses Kriterium hatte aber zunächst für die anatomische Diagnose seine grossen Schwierigkeiten. Zweifellosen Aufschluss über die Diagnose gab erst die *Koch*'sche Entdeckung über die parasitäre Beschaffenheit des Giftes.

Was ich nun Ihnen vorbringen will, ist die Verwerthbarkeit dieser Entdeckung für die Diagnose.



Dass wir noch nicht auf dem Gipfel der Kunst angelangt sind, brauche ich nicht zu erörtern. Sie wissen, wie ausserordentlich zahlreich die Fehlerquellen sind, in die wir verfallen; Sie wissen, wie die Leute sind, welche wir für tuberculös halten: Jeder hat gewiss in seiner Praxis Leute gekannt, welche früher ganz zweifellos tuberculöse Erscheinungen darboten, hauptsächlich chronische Bronchitiden, ohne je über dieses Stadium hinaus zu kommen. Anderseits gibt es viele Kranke, die wir nicht für tuberculös halten, die aber doch tuberculös sind. Es werden Ihnen auch schon Leute begegnet sein, welche Jahre lang husteten, hie und da fieberten, ohne dass die physicalische Untersuchung ein positives Resultat lieferte, bei denen aber die Tuberculose sich dann plötzlich entschleierte. An diese Erfahrungen knüpft sich die allerwichtigste Aufgabe für die Verwerthung der Entdeckung: die Aufgabe, die beginnenden Formen bestimmt zu erkennen. Dieses ist mitunter sehr leicht. Allein, wenn wir uns Rechenschaft geben, worauf wir die Diagnose der Tuberculose stützen, so ist es nicht der physicalische Befund, der in den ersten Zeiten ja meistens negativ ist, sondern das Allgemeinbefinden; denn wo dieses leidet, da dürfen wir mit Wahrscheinlichkeit vermuthen, dass Tuberculose vorhanden sei, auch wenn die physicalische Untersuchung negativ ist, und zwar sind es gewisse Störungen im Allgemeinbefinden, was uns darauf aufmerksam macht, so: Fiebererscheinungen, Abmagerung und hereditäre Belastung. Allein etwas Sicheres bieten diese Erscheinungen durchaus nicht. Ein Mann, der abgemagert ist, hie und da fiebert, wird oft wieder gesund, und so sind wir sehr wenig geneigt, auf diese Symptome einen zu grossen Werth zu legen. Es ist ja bekannt, dass die Heilresultate der Phthise so verschieden sind bei den verschiedenen Aerzten: Diejenigen, welche sie häufig diagnosticiren, haben gute Resultate und umgekehrt.

Alle diese Dinge machen es wünschenswerth, dass wir ein festes Kriterium kennen, um einen sichern Anhaltspunct zu haben und demgemäss die Therapie einzurichten.

Wie steht es nun mit der Benutzung der *Koch*'schen Entdeckung? Sie soll uns ein scharfes Kriterium geschaffen haben; allein dieser Glaube wurde herabgestimmt, als ich die ersten Präparate besah. Es war mir auf den ersten Augenblick nicht wahrscheinlich, dass die geringe Menge der Bacillen in der Praxis zur Diagnose ausreichten. Ich habe zuerst den Nachweis nach der alten Methode vorgenommen, und dabei hat es sich herausgestellt, dass man sehr häufig nichts heraus kriegt. Nun wurde unmittelbar nach der Veröffentlichung der *Koch*'schen Methode eine neue aufgestellt, der ich folgte: eine Methode der Färbung, womit man mit aller Sicherheit die Bacillen nachweisen kann. Sie besteht darin, dass die Bacillen die Eigenthümlichkeit haben, mit alcalisch gemachten Farbstoffen sich zu färben. Man benutzt hierzu die Anilinfarbstoffe, die man sehr intensiv anwenden kann, wenn man nur die Sputa auf ein kleines Glas bringt und zerdrückt, sie sodann auf eine Stunde in die Farbflüssigkeit hineinbringt, wieder abspült und mit Salpetersäure entfärbt. Es bleiben die Bacillen gefärbt zurück. Man sieht nach meiner Erfahrung unter dem Microscope eine so grosse Menge der berühmten Bacillen, dass man sich mit voller Sicherheit überzeugen kann, ob Tuberculose vorhanden ist



oder nicht. Diese Bacillen zeichnen sich von allen andern von ähnlicher Gestalt durchaus aus und sind nicht mit ihnen zu verwechseln. Sie lassen die Tuberculose erkennen, bevor noch andere Symptome vorhanden sind, wie ich es zu meiner Ueberraschung bei einem Individuum beobachtete. Es zeigten sich eine Menge von Tuberkelbacillen in den Sputis eines jungen Mannes, der zwar stets fieberte, bei dem aber die Untersuchung der Lungen absolut negativ war. Er fand sich gar nicht unwohl. Nach einigen Wochen bekam ich wieder Sputa und bei einer neuen Untersuchung fand ich eine beginnende Infiltration der Lungenspitze. Der Kranke und die Angehörigen glaubten nun, dass die Krankheit erst jetzt begonnen habe, während ich wusste, dass sie längst vorhanden war. In dieser Hinsicht scheint die Methode unfehlbar zu sein. Es ist uns damit ein werthvolles Mittel für die Therapie gegeben, wenn wir eine ganz frische Tuberculose diagnosticirt haben. Der Patient hält sich für sicher, während er angegriffen ist und der Arzt hatte früher schliesslich kein Recht, ihn in der Welt herumreisen zu lassen, wenn er die Vermuthung hatte, dass derselbe tuberculös sei. Durch die neue Erfahrung erhält man nun ein Recht dazu, wenn man die Bacillen direct nachgewiesen hat.

Ich habe nun noch eine Reihe anderer Dinge hier anzuführen. Vor Allem sind in der That nicht alle Leute, welche Bronchialcatarrh haben, phthisisch. Es gibt Kranke, welche Pleuritiden durchmachten und nachher einen hartnäckigen Bronchialcatarrh bekamen. Ich habe nun die Erfahrung gemacht, dass hier oft der Pleuritis Tuberculose folgte, die sich durch die Bacillen constatiren liess.

In vielen Fällen ist die Methode des Bacillennachweises schwer zu handhaben. So bei der Darmtuberculose, welche primär ausbrechen kann.

Vielleicht können wir mit dieser Färbungsmethode auch die Urogenitaltuberculose nachweisen, z. B. Hodentuberculose. Schwieriger wird es bei den Frauen sein. Es ist sehr wahrscheinlich, dass in Fällen von Urogenitaltuberculose der Harn immer Tuberkelbacillen enthält.

Das sind die wenigen Bemerkungen, welche ich zu machen habe.

Auf Wunsch der Versammlung theilt Prof. *Lichtheim* das Vorgehen beim Nachweis der Bacillen mit: Man nimmt eine gesättigte Lösung von Anilinöl. Damit wird jedesmal bei der Färbung ein Uhrschälchen gefüllt. In dieses hinein schüttet man ein paar Tropfen einer intensiven alcalischen Lösung von Methylviolett. Fuchsin oder Gentianaviolett. Das betreffende Präparat wird so gemacht, dass man das Sputum zwischen zwei Deckgläschen presst, ein paar Tropfen jener Flüssigkeit darauf tropfen und das Ganze ein paar Stunden liegen lässt. Nachher spült man es ab, entfärbt es mit Salpetersäure, wobei es fast ganz abfärbt, spült wieder ab und nun sind die Bacillen deutlich. Auf diese Weise kann man die Tuberkelbacillen von andern genau unterscheiden, da sie nach vorläufiger Erfahrung einzig sich so verhalten, wie besonders aus Untersuchungen von Excrementen bei Darmtuberculose hervorgeht, wobei die mannigfaltigsten Arten von Bacillen vorkommen.

Prof. *Pflüger* stellt der Versammlung eine Mutter mit 3 Kindern vor, welche eine selten grosse Zahl **congenitaler Augenleiden** darbieten.



1) Mutter: Beiderseitige Ptosis congenita, horizontaler Nystagmus, beide Corneæ fleckig getrübt, beide Linsen mit punctförmigen und streifigen Trübungen, beiderseitige totale Aniridie, Fehlen jeder Accommodation, Myopie.

2) Tochter Marie. Auf beiden Augen Aniridie, durchsichtige Linsen, Arteria hyalordea persistens, retino-chorioiditische Veränderungen.

3) Sohn Ernst. O. s. Hydrophthalmus congenitus. Mit bedeutender Vergrösserung des Bulbus. Cornea graublau reflectirend mit grauweisslichen Flecken, totale Aniridie, Ektopie der Linse nach oben aussen, T + 2.

O. d. fast von normalen Dimensionen, sonst mit denselben Veränderungen wie O. s. — Horizontaler Nystagmus.

4) Sohn Fritz. O. s. Phthisis congenita o. d. Microphthalmus, Cataracta congenita, ringförmige hintere Synechie.

Die Mutter weiss von keinen Augenleiden bei andern Mitgliedern ihrer Familie, bei ihren Eltern, Geschwistern und Verwandten. Der Vater ist Potator.

Der Vortrag von Prof. *Pflüger* „Ueber Glaucom und dessen Behandlung" erscheint in *Zehender*'s klinischen Monatsblättern in extenso; aus demselben mögen hier nur einzelne wesentliche Puncte hervorgehoben werden.

Vorerst betont *Pflüger*, dass es ein Irrthum ist, wenn man die Wirkungen der Mydriatica und Myotica auf das Auge im physiologischen Zustande mit dem Einfluss derselben unter gewissen pathologischen Verhältnissen mit einander verwechselt. Es ist ein logischer Fehler, aus der Beobachtung, dass in Ausnahmsfällen Atropin ein acutes Glaucom, resp. einen acuten Anfall in einem chronisch glaucomatösen Auge hervorrufe und aus der Thatsache, dass manche Glaucomformen günstig beeinflusst werden durch Eserin, schlechtweg den Schluss zu ziehen, Atropin sei überhaupt ein die i. T. — intraoculäre Tension — erhöhendes, Eserin dagegen ein die i. T. herabsetzendes Mittel, wie dies von *Laqueur* geschehen ist. Redner war früher in einen fast entgegengesetzten Irrthum verfallen, in dem er von der physiologischen Wirkung des Atropins ausgehend an das Atropin-Glaucom nicht glauben konnte; im letzten Jahre hingegen hatte er die zweifache Gelegenheit, ein Atropin- und ein Homatropin-Glaucom zu beobachten.

Auf eigene Manometermessungen sich stützend stellt *Pflüger* folgende Sätze auf:

Unter physiologischen Bedingungen vermindern die Mydriatica primär die i. T. und zwar verhalten sich hierin alle Mydriatica gleich, sie differiren nur in der Energie ihrer Wirkung. Auf einige Tropfen einer $^1/_2$%igen Atropinlösung fällt die i. T. um 2—4 mm. Heilung.

Anders verhalten sich die Myotica. Eserin steigert primär die i. T. für einige Stunden; ob nachträglich eine secundäre Druckherabsetzung eintritt, geht aus den Experimenten nicht hervor. Pilocarpin wirkt primär dem Eserin entgegengesetzt, es vermindert die i. T. Die Myose darf folgerichtig hier nicht als das Wirksame angeschuldigt werden. Nicht selten können die Mydriatica eine pathologisch herabgesetzte i. T. erhöhen — ähnlich wie eine Iridectomie, die sonst meist die i. T. herabsetzt — in dem durch dieselben die Circulations- und Ernährungsverhältnisse im vordern Abschnitt der Uvea gebessert werden. In andern Fällen rufen die Mydriatica einem acuten Glaucominsult und zwar sind dies, wie



schon angedeutet, Fälle von schon bestehenden Status glaucomatosus chronicus, Fälle von Glaucoma simplex mit enger vorderer Kammer, Fälle, wo die Selbstregulirung der i. T. durch durch die elastische Bulbuskapsel bis zu ihrer obersten Leistung angespannt ist. Hier genügt das geringe Dickerwerden der Iris an der Peripherie in der Mydriase, um den auf's Maximum eingeengten Lymphabfluss im *Fontana*'schen Raume zu hemmen. Durch diese feine Feder wird der verderbliche und einer Selbststeuerung unfähige Mechanismus von Ursache und Wirkung ausgelöst. Bei normaler Tiefe der vordern Kammer ist es *Pflüger* trotz vielfach darauf gerichteter Bestrebungen bisher nicht gelungen, durch Atropin ein chronisches Glaucom in ein acutes zu verwandeln.

Eserin vermindert in vielen Fällen von Glaucom die i. T., nicht wegen, sondern trotz seiner physiologischen Primärwirkung auf die i. T., in Folge seiner Wirkung auf die glatten Muskelfasern. Der Sphincter contrahirt sich energisch und degagirt den *Fontana*'schen Raum; vielleicht spielt auch die Wirkung auf die glatten Muskelfasern der Gefässe eine Rolle dabei. Die physiologische Primärwirkung kommt anfänglich auch im Glaucomauge zu Stande, wird aber nachträglich durch die Freilegung der Abflusswege für die intraoculäre Lymphe übercompensirt. Daher ist auch in jenen Glaucomfällen, wo auch eine leichte und vorübergehende Mehrsteigerung des i. T. zu fürchten wäre, das Eserin durch Pilocarpin zu ersetzen, dessen myotische Eigenschaften leider weit hinter denen seiner energischen Rivalen zurückbleiben.

Dem Dogma, Atropin erhöht die i. T., Eserin setzt dieselbe herunter, können ausser den Resultaten des physiologischen Experiments klinische Thatsachen entgegengehalten werden. Atropin erzeugt nicht nur hie und da ein acutes Glaucom, Atropin heilt u. A. auch ein solches, und umgekehrt heilt Eserin nicht nur hie und da ein Glaucom, sondern ruft u. A. ein solches hervor. Aus England ist ein Fall bekannt, wo nach Linsenluxation Eserin ein acutes Glaucom verursachte — aus leicht erklärlichen, rein mechanischen Gründen, indem es durch die Contraction des Sphyncters die hintere Kammer vollständig von der vordern abschloss, und ferner wieder ein Fall, wo ebenfalls bei Linsenluxation ein acutes Glaucom durch Atropin geheilt wurde — aus ganz analogen mechanischen Gründen, es wurde der Kammerabschluss durch die Mydriase gehoben.

Pflüger hat ferner selbst schon mehrfach gesehen, dass in der ersten Zeit nach einer Glaucomiridectomie, die sich bis auf 3 Wochen erstrecken kann, durch Eserin ein neuer acuter Insult ausgelöst wurde, der allein einem Mydriaticum wich. Relativ häufig stellt sich nach einer Iridectomie bei entzündlichem Glaucom eine plastische Iritis ein mit Synechien- und Exsudatbildung, ohne dass dafür die Technik der Irisexcision verantwortlich gemacht werden könnte; hier ist absolut ein Mydriaticum indicirt. Nicht selten bleibt in solchen Fällen die Kammer lange aufgehoben; Atropin vermag hier zur raschen Herstellung der vordern Kammer wesentlich beizutragen und Eserin ist im Stande, die wiedergewonnene Kammer durch Steigerung der i. T. wieder aufzuheben. Man sei daher vorsichtig nach der Glaucomiridectomie und gebe nicht einfach nach der Schablone Eserin, sondern warte damit bis jede iritische Reizung verklungen ist. Um ganz sicher zu gehen,



beginnt man eine als nothwendig erachtete myotische Behandlung mit Pilocarpin, das die Iris absolut nicht reizt.

Für die Fälle von Glaucom, wo die medicamentöse Behandlung nicht ausreicht, muss in der grossen Mehrzahl zur *von Græfe*'schen Iridectomie gegriffen werden.

Die Sclerotomie verdankt ihren guten Ruf wesentlich den gleichzeitigen Eserineinträufelungen; sie bildet eine erwünschte Bereicherung unseres therapeutischen Apparates nur für die Fälle, wo die Iridectomie erfahrungsgemäss nichts nützt oder direct schadet; sie wird für diese Fälle ein „de faute de mieux“ bleiben.

Prof. *Kocher:* Das Epidemiengesetz wird hauptsächlich wegen des Impfzwanges angegriffen; unsere Aufgabe ist, das Volk darüber aufzuklären. Im Auftrage des Vorstandes hat Herr Dr. *Ziegler* einen Aufruf an das Volk ausgearbeitet. Wie wollen wir nun vorgehen? Soll die Publication durch Zeitungen, Plakate oder directe Zusendung an alle Stimmfähigen erfolgen? Nach Mittheilung des Herrn Dr. *Sonderegger* ist es sehr erwünscht, wenn jeder Arzt, nicht nur die Commission, einen Aufruf unterzeichnet.

Will man überhaupt einen Aufruf erlassen? Dr. *Burckhardt* ist ein Impffreund, aber ein Gegner des Impfzwangs. Gegen Erlassung eines Aufrufes ist *B.*, weil das Vorgehen mehr schade als nütze: „Wenn auch das Gesetz angenommen wird und wenn es mit einer gewissen Mehrheit angenommen wird, so werden alle Angriffe auf das Impfen nicht aufhören, sondern von Neuem beginnen. Schliesslich geht die ganze Sache darauf hinaus, dass uns Medicinern alles Mögliche angehängt wird und so glaube ich, dass wir bei all' den Publicationen, sowohl dem Publicum als uns gegenüber allmälig in eine schiefe Stellung kommen und dadurch möglicherweise mehr schaden als nützen.“

Dr. *v. Erlach*: „Ich begreife den Einwurf von Herrn Dr. *Burckhardt* ganz gut. Es ist ein Einwurf, den man der heutigen Zeit überall macht. Er beruht darauf, dass der Mensch nichts lernen will, als was er persönlich kennen gelernt hat. Die Erfahrungen ganzer Generationen gehen dahin, denn es will ja Jeder selbst die Ueberzeugung von diesem oder jenem nach eigener Erfahrung gewinnen. Ich glaube aber, dass die Bildung des Einzelnen hauptsächlich darauf beruht, dass er nicht nur das als wahr annimmt, was er selbst erfahren hat, sondern sich auch dem anvertraut und dem hingibt, was das Menschengeschlecht gelernt hat, sonst ist jeder Fortschritt des Menschengeschlechtes null und nichtig. Nun haben wir in dem letzten Jahrhundert genug gelernt über die Impfung. Sprechen wir wie Herr Dr. *Burckhardt*, so haben wir mit der Erfahrung gebrochen.“

Dr. *Kummer* ist für einen zu erlassenden Aufruf, da es Pflicht der Aerzte ist, das Publicum über das Epidemiengesetz, besonders aber über die Impffrage aufzuklären. Fällt das Gesetz durch oder nicht, so haben doch Diejenigen, denen sonst das Volk Leben und Wohlergehen anvertraut, diesem gegenüber ihre Pflicht gethan. Allerdings hat das Centralcomité einen Aufruf bereits erlassen, ist aber selbst auch der Ansicht, dass die cantonalen Aerztegesellschaften speciell noch das Volk aufklären sollen und zwar mit Unterschrift eines Jeden persönlich.

Dr. *Girard* ist ebenfalls für einen Aufruf. Es handelt sich heute nicht darum, über die Impffrage zu sprechen, sondern über das Verhalten dem Volk gegenüber.

Dr. *Müller* findet, dass, da wir sämmtlich vom Nutzen der Impfung überzeugt sind, ein diesbezüglicher Aufruf an das Volk absolut gerechtfertigt, da die Frage eine eminent wichtige sei. Leute aus allen Ständen sind nach seiner Ueberzeugung bei ruhigem Nachdenken für die Impfung.

Dr. *Burckhardt*. Das Volk hat bis jetzt zu uns Zutrauen gehabt. Nehmen wir nun agitatorisch Stellung für das Gesetz und dieses wird verworfen, so können wir leicht die Achtung des Volkes einbüssen. Der Impfzwang wird niemals die Revaccination beim Volke einbürgern. Aufklärung sollen wir allerdings dem Volke geben und dieses wird dann auch ohne Zwang thun, je nachdem es von der Sache überzeugt ist. Das eine Lager wird die Kinder impfen lassen, das andere nicht, bis es einmal durch Erfahrung vom Nutzen des Impfens überzeugt ist. Zwang hilft nichts; die Erfahrung muss lehren.

Prof. *Lichtheim* erinnert daran, dass wir an das Bernervolk speciell uns wenden müssen, das den Impfzwang schon besitzt. Soll dieser fortbestehen oder nicht? Darüber das Volk aufzuklären ist unsere Sache. Thun wir nichts, so folgert das Publicum, dass wir selbst vom Nutzen der Impfung nicht überzeugt seien.

Dr. *Kummer* und Dr. *Müller* sprechen noch für das Gesetz. Letzterer will das Volk nicht ein Experiment machen lassen bei einer Epidemie.

Prof. *Pflüger* theilt mit, dass von 145 Aerzten im Canton auf die Anfrage des Circulars 100 Ja und 2 Nein bis jetzt eingegangen seien.

Abstimmung: Einstimmig ja, kein Gegenmehr.

Dr. *Ziegler* verliest den von ihm verfassten Aufruf.

Prof. *Jonquière* wünscht, dass auch die scheusslichen Entstellungen nach Variola im Aufruf erwähnt werden.

Der Aufruf wird, einige Kürzungen vorbehalten, einstimmig angenommen. Ueber die Form der Verbreitung wird beschlossen, es sei der Aufruf allen Zeitungen zum Abdruck zuzusenden und mit den amtlichen Anzeigern zugleich zu vertheilen. Der Aufruf soll die Namensunterschrift aller damit einverstandenen Aerzte tragen.

Das Bewusstsein, in Frage des Seuchengesetzes dem Volk gegenüber seine Pflicht ehrlich und redlich erfüllt zu haben, liess bei dem reich besetzten Mittagsmahl eine heitere und fröhliche Stimmung zum Durchbruch kommen, die sich nicht trüben liess durch die Aussicht, dass das durch Agitationen im grössten Maassstabe sowie durch den unklaren Trieb nach cantonaler und persönlicher Freiheit und Selbstherrlichkeit irregeleitete Volk das zu seinem Besten vorgeschlagene Gesetz verwerfen werde.

Unter dem üblichen Ceremoniell und nicht nur durch den Ritus vorgeschriebenen wohlwollenden, sondern aus jugendfrischer und jugendwarmer Collegenbrust fliessenden Worten wurden in den Vereinsverband aufgenommen Herr Dr. *V. Surbeck*, Arzt in Uebeschi, Herr *Howald*, Arzt in Hindelbank und Herr Dr. *Vogel* in Bern.



Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Präsident: Dr. *O. Haab.* Actuar: Dr. *Kaufmann.*

2. Sitzung, den 18. November 1882.

Die Herren DDr. *Beust* und *Lehmann* jun. werden einstimmig als Mitglieder aufgenommen.

Prof. *Krönlein* bespricht als Beitrag zur Trepanationsfrage folgenden Fall von Hirnverletzung:

Pat., 48 Jahre alt, verunglückte den 15. August 1882, Abends 6½ Uhr durch Sturz von einer Kellertreppe. Anfangs war er ½ Stunde bewusstlos, dann ging er selbst die Treppe in seine Wohnung hinauf und war bei Bewusstsein bis Mitternacht, nachher schlief er ein und kam folgenden Morgen bewusstlos in den Spital.

Status: Kranke liegt in tiefem Sopor, Pupillen klein, reactionslos, keinerlei Lähmung. Puls 58. Respiration ruhig, regelmässig.

Am Kopfe über dem rechten Scheitelbeine eine Lappenwunde, die die Kopfschwarte betrifft, Periost und Knochen sind intact.

Nach diesem Status liess sich folgende Diagnose machen: Es bestand jedenfalls eine starke Commotio cerebri anfangs, vermuthungsweise konnte man an einen Bluterguss im Cavum cranii denken als Ursache der jetzt bestehenden Druckerscheinungen.

Die Behandlung bestand in Application der Eisblase auf den Kopf.

Als neue Erscheinungen kamen in den beiden folgenden Tagen hinzu: Totale motorische Lähmung des rechten Armes, unvollständige des rechten Beines, Ptosis und incomplete Lähmung des Facialis. — Puls 58. Am 4. Tag Mittags 39,4 Temp. Letzteres Moment gab den Ausschlag, die beabsichtigte Trepanation auszuführen. Denn die Annahme war, dass links ein grosser Bluterguss die Hirnrinde lädire, wohl durch Ruptur der Arteria meningea media zu Stande gebracht, wie dies ohne locale Verletzung des Knochens, blos durch die Deformation der Schädelkapsel, die momentan dem Trauma folgt, möglich ist. Prof. *K.* hoffte, nach Trepanation die Arterie unterbinden zu können. Wirklich liess die Trepanation die Art. mening. med. bald auffinden, an der von *Vogt* angegebenen Stelle, aber sie war intact. Darauf trepanirte Vortr. nochmals 1 Zoll oberhalb, traf aber wieder die intacte Arterie. Ein Extravasat war nicht zu finden. Die Section ergab, dass doch eine grosse Blutung aus der linken Art. mening. media, aber des hintern Astes derselben vorlag, so dass der mächtige Bluterguss in Form eines grossen Blutkuchens von der vordern Centralwindung an nach hinten etwa 15 cm. weit eine tiefe Impression der Gehirnsubstanz schaffte, die etwa 3 cm. tief war. (Der Befund wird durch einige sehr gelungene Zeichnungen illustrirt.)

Vortr. bespricht und demonstrirt hierauf einige Schussverletzungen, deren er in den letzten 1½ Jahren 23 sah und zwar alle möglichen im Kriege vorkommenden Varietäten repräsentirend. Im Ganzen überwiegen die Revolverkugeln. Zwei starben, 1 Darm- und 1 Hirnschuss.

1) Junger Mann, der bout portant ein Schuss in die rechte Halsseite, unterhalb des Kieferwinkels erhielt, vor dem Sternocleido mast. Pat. konnte noch nach Hause gehen, es stellte sich aber rasch eine grosse Auftreibung des Halses



ein. Im Spital wurde constatirt: Extravasat fast kindskopfgross, Pat. anæmisch, Puls 112. Nach 4 Tagen sah Vortr. den Pat., es bestand leichte Eiterung aus dem Schusscanal, nachdem schon 3 Tage zuvor 39,0 Temperatur dagewesen. Am 8. Tage, als die Gegend der Verletzung schon überall geröthet und der Druck mehr Eiter entleerte, entschloss sich Vortr. zum Eingriff, spaltete, räumte die ganze Höhle aus, ohne dass eine beträchtlichere Blutung ausbrach. Es fand sich eine ausgedehnte Splitterfractur des Unterkiefers. In der Tiefe pulsirte die Carotis und auf der Theilungsstelle derselben lag die Kugel, ohne dass die Art. verletzt war. Die Heilung erfolgte rasch, aber nachher trat in einem haselnussgrossen Tumor an der Theilungsstelle der Carotis Pulsation auf. Dieser Tumor war nach $^1/_2$ Jahr hühnereigross. Die danach vorgenommene centrale Unterbindung der Carotis hatte guten und bleibenden Erfolg. Vortr. nimmt an, dass das Aneurysma ein traumatisches A. verum war, in Folge Quetschung der Carotis durch die Kugel.

2) demonstrirt Vortr. einen 26jährigen Pat., der sich durch einen Wasserschuss in den Mund eine furchtbare Verletzung beigebracht hatte. Der Unterkiefer war 3 Mal fracturirt, der Oberkiefer ebenfalls, die Nasenknochen konnten zollweit hin und her bewegt werden. Zunge zerfleischt, überall Blutung. Der Verlauf war über Erwarten günstig bei 4maligen operativen Eingriffen: nämlich Schliessung der Hautwunden p. secund. Naht, dann Vereinigung der beiden weit klaffenden Oberkiefer durch Metallnaht, dann Plastik der Unterlippe, dann Uranoplastik. — Zu erwähnen ist eine Chorioidalruptur concentrisch zum Opticus in erheblicher Ausdehnung. — Vortr. demonstrirt ferner:

3) Lungenschuss mit Hæmo-pneumothorax und Fractur der l. 5. Rippe. Heilung gut.

4) Lungenschuss bei einem kleinen Jungen.

5) Leberschuss.

Was die Behandlung betrifft, so wurde nie zur Sonde gegriffen. Hauptsache ist Luftabschluss und wo möglich Heilung unter Jodoformschorf. Von Jodoform hat Vortr. bis jetzt nie schlechte Erfolge gehabt, und ist damit je länger je mehr zufrieden, allerdings bei sehr sorgfältiger Application.

Discussion. Prof. *Horner:* Was die Chorioidalruptur betrifft, ist als sehr bemerkenswerth hier hervorzuheben, dass diese wie gewöhnlich concentrisch verlaufende Ruptur der *Becker*'schen Erklärung der Chorioidalrupturen (durch Eindrängen des Opticus in den Bulbus hinein, indem dieser gleichsam über das Opticusende gestülpt wird) widerspricht. Denn hier wirkte ja kein Stoss von vorn auf's Auge und doch war die Ruptur concentrisch zum Opticus.

Dr. *Haab* frägt, ob in dem erst geschilderten Falle mit dem grossen Extravasat und den starken Hirndruckerscheinungen vielleicht Stauungspapille beobachtet worden sei. Es sei dies zwar nicht wahrscheinlich und würde im Widerspruch stehen mit der wieder mehr zur Geltung gelangenden Ansicht, dass die sog. Stauungspapille weniger durch erhöhten Hirndruck als durch Fortleitung einer Entzündung vom Gehirn aus entstehe. Vortr. erwähnt, dass eine ophthalmologische Untersuchung des betreffenden Pat. leider nicht vorgenommen worden sei.

Schluss der Sitzung 9 Uhr.



Referate und Kritiken.

Aus dem Gebiete der socialen Medicin.

(Bemerkungen über einige literarische Novitäten.)

I.

Die Ernährung der Fabrikbevölkerung und ihre Mängel,
von Fabrikinspector Dr. *Schuler*.
(Schweizerische Zeitschr. f. Gemeinnützigkeit, Verlag von Herzog, Zürich, 1882. 37 S.)

Die schweiz. gemeinnützige Gesellschaft hat Wort gehalten!

Der an der Jahresversammlung 1880 gefasste Beschluss, „die Ursachen der wichtigsten Volkskrankheiten zu eruiren und das Interesse für die öffentliche Gesundheitspflege unter Behörden und Volk zu mehren", fand namentlich unter den ärztlichen Mitgliedern genannter Gesellschaft warme Zustimmung.

Unter den vielen Aerzten, welche den gefassten Beschluss ernst nahmen und in gediegenen Arbeiten und Referaten die Zustände der Volkskraft in vielen Gegenden unseres Vaterlandes besprachen, nennen wir besonders die Herren DDr. *Baader*, *Winterhalter*, *Böhi*, *Rahm*, *Schuler*, *Zürcher*, *Lötscher*. Ihre Leistungen wurden überall gebührend gewürdigt. Zu bedauern war nur, dass solche Arbeiten nicht immer der Presse übermittelt wurden!

Von erfrischender Wirkung auf unsere schweiz. Gesetzgeber war das Referat an der Neuenburger Festversammlung im Jahre 1881. Diese Arbeit war ein kräftiger Appell der „Gemeinnützigen" an Behörden und Volk und dass derselbe nicht leer verklungen ist, lehren uns die umfassenden Maassnahmen, sowie die Versuche der schweizerischen gesetzgebenden Behörden, die man gegenwärtig zur Bekämpfung des Alcoholismus in Scene setzt.

Auch an der Centralversammlung im Jahre 1882 in Glarus fand ein wichtiger Abschnitt aus dem Gebiete der Hygieine eine sehr eingehende Beleuchtung durch unsern sehr werthen Collegen, Herrn Fabrikinspector Dr. *Schuler*, indem derselbe „Die Ernährung der Fabrikbevölkerung und ihre Mängel" zum Gegenstande eines Referates gewählt hat. Wir müssen uns darauf beschränken, die Hauptpuncte dieser, von patriotischem Eifer, Berufstreue und Liebe zum Arbeiterstande zeugende Arbeit kurz zu skizziren.

„**Was berechtigt uns, auf eine mangelhafte Ernährung der Fabrikbevölkerung zu schliessen?**" So lautet die erste Frage, die Herr Collega *Schuler* aufwirft. Leider ist die Beantwortung derselben nicht leicht, denn es fehlt das hiezu nöthige statistische Material. Die Aufzeichnungen über Mortalität, Morbilität, über sanitarische Recrutenmusterungen u. s. w. gestatten, auf das vorliegende Thema angewandt, nur sehr begrenzte Schlüsse. Immerhin kommt Herr *Schuler* an der Hand eigener Erfahrung und in Uebereinstimmung mit den Ansichten des ärztlichen Standes zu dem Schlusse, dass der Fabrikarbeiter öfter erkranke als der übrige Theil der Bevölkerung und dass es namentlich Störungen der Verdauung sowie Tuberculose und Scrophulose seien, welche den Industriellen besonders häufig befallen.

In sehr anziehender, anregender Sprache schildert Verf. die Anforderungen, die an eine zureichende Kost für den Arbeiter gestellt werden müssen. Unser geehrter Fabrikinspector steht diesfalls auf dem modernen Standpuncte der Physiologie. Seine eigenen Ansichten über die speciellen Bedürfnisse des Fabrikarbeiters verleihen diesem Capitel einen besondern Reiz. Nach Herrn *Schuler* sind die **Anforderungen, welche man an eine zweckmässige Beköstigung des Fabrikstandes stellen muss, sowohl hinsichtlich Verdaulichkeit, Quantität, Qualität und Abwechslung der Nahrung erhöhte.**

Stehen aber die Einnahmen des Arbeiters mit den vermehrten Bedürfnissen bezüglich seiner Ernährung im Einklange?

Diese wichtige volkswirthschaftliche Frage wird vom Verfasser mit der grössten Gewissenhaftigkeit und nach vielen mühevollen Erhebungen wenigstens für einen Theil des Arbeiterstandes gelöst.

In der grossen **Mehrzahl der Fälle bildet nicht die zu geringe Löhnung**, sondern die **Fabrikarbeit als solche ein Hinderniss für eine zweckentsprechende Ernährung.**



Es ist schon Vieles versucht worden, die Lebensweise, speciell die Ernährung des Fabrikarbeiterstandes zu verbessern, doch meistens ohne erheblichen Erfolg. Wie sollten die Consumgesellschaften, die Actienbäckereien u. s. w. den gewünschten Erfolg haben, wenn sie nicht auf dem Boden der Nächstenliebe und Uneigennützigkeit gegründet sind? Was nützen die vielen Suppenanstalten, wenn dieselben weder den Anforderungen der Wissenschaft, noch den Bedürfnissen der Arbeiter entsprechen? Wer wollte den Einfluss der Lebensmittelpolizei überschätzen, so lange der Untersuchungsmodus in der ganzen Schweiz ein so verschiedener ist? Und wie nutzlos sind die Vorschläge bezüglich Organisation der Volksbelehrung, Gründung von Kochschulen u. s. w., wenn das nöthige Verständniss für die angebotene Belehrung fehlt? Auch die Zeiten, wo man bei uns an eine Combination von Landbau und Industrie träumte, sind längstens vorüber, denn die drückende Concurrenz nöthiget den Arbeitgeber, solche Experimente fallen zu lassen.

Auf welche Weise soll nun aber der Arbeiter zu besserer Einsicht gelangen?

Den besten Anlass, „Praxis und Theorie“ mit einander zu verbinden, bieten nach Herrn *Schuler* gut geleitete, von Arbeitgebern überwachte Kosthäuser. Hier sieht der Arbeiter den Erfolg einer rationellen Kochkunst, einer zweckmässigen Beköstigung; von hier aus lassen sich die Vorurtheile, an denen die Belehrung so oft scheitert, am besten bekämpfen.

„Hat einmal eine rationelle Bestellung des Tisches im Arbeiterhause selbst Wurzeln gefasst, dann mögen diese Kosthäuser wieder zerfallen, denn auch sie sind nur ein Nothbehelf.“

Am schlimmsten steht es jedenfalls mit den Kindern des Fabrikarbeiters, denn die sechswöchentliche Pflege, die die Arbeiterin ihrem Säugling laut Gesetz angedeihen lassen darf, ist nicht genügend. Der kürzeste Weg zur Besserung wird im gegenwärtigen Zeitalter nicht betreten werden: „Der Ausschluss der Mütter von der Fabrikarbeit.“ Unter solchen Umständen kann die Gründung von Kinderkrippen nicht genug empfohlen werden.

Leider ist in dieser Hinsicht nach dem Urtheile des Verfassers bei uns fast nichts geschehen!

„Es wird noch lange Jahre angestrengter Bemühung gemeinnütziger Männer bedürfen, die hiezu nöthige Einsicht zu verbreiten, durch practische Vorbilder zur Nacheiferung anzuspornen, Versuche des Arbeiterstandes zu unterstützen; aber es dürfte dann doch eine Zeit kommen, wo die Industrie das ist, als was man sie bei ihrem Einzuge überall begrüsste: ein Segen für das Volk.“

II.

Der Alcoholismus,

dessen Folgen und Mittel der Bekämpfung, mit spec. Rücksicht auf die Schweiz.

Von Dr. *Lötscher*, Arzt in Romanshorn. 46 S. Verlag von Rüdlinger, Arbon, 1882.

Man darf diese Arbeit, ein Referat an die gemeinnützige Gesellschaft des Cantons Thurgau, keineswegs als eine Monographie auffassen; es handelt sich vielmehr um ein kurzes Résumé über den Einfluss der Trunksucht auf das körperliche und geistige Wohlergehen der menschlichen Gesellschaft und die Ausbreitung des Alcoholismus in der Schweiz.

Es ist keine leichte Sache, das grosse und doch so lückenhafte Material „über die verderbliche Wirkung des Alcoholismus“ in Form eines kurzen Referates zu concentriren. Um so mehr ist die gediegene Arbeit, der eine vollständige Beherrschung und Verarbeitung des Stoffes zu Grunde liegt, dankend anzuerkennen.

Das Referat ist vorab für den Gesetzgeber bestimmt, der denn auch in demselben eine Reihe wohlüberlegter Vorschläge zur Bekämpfung der „gefährlichsten Seuche“ unsers Jahrhunderts vorfindet.

III.

Die alcoholischen Geisteskrankheiten im Basler Irrenhause aus den Jahren 1876—1878.

Von Dr. *Wilhelm vonSpeyr*. Druck bei Lohbauer, Zürich, 1882.

(Inaugural-Dissertation. 77 S.)

Herr Collega *vonSpeyr* liefert in dieser Arbeit einen werthvollen Beitrag zur Literatur



über den Alcoholismus. Der schwierige Versuch, die Geisteskrankheiten nach ätiologischen Principien zu gruppiren, ist schon wiederholt gemacht worden, allein die Resultate dieser Classification fielen keineswegs befriedigend aus. Das mag denn auch ein Grund sein, warum wir aus den schweizerischen Irrenanstalten so wenig Material über den Einfluss des Alcoholismus in rein psychischer Hinsicht besitzen. *vonSpeyr* anerkennt die Schwierigkeit der diesbezüglichen Untersuchungsmethode und berücksichtigt deshalb nur folgende specifisch alcoholischen Psychosen:

1) Den pathologischen Rausch;
2) die alcoholische Verrücktheit (acute und chron.);
3) das Delirium tremens und zwar
   a) das einfache,
   b) das nach epileptischen Anfällen,
   c) dasjenige bei fieberhaften Krankheiten und Verletzungen;
4) den Alcoholismus chronicus.

Die Definition dieser specifisch alcoholischen Psychosen ist eine klare und bündige. Besonders angenehm überrascht die sorgfältige, in jeder Hinsicht gediegene Beschreibung der 27 Fälle, auf welche sich die Dissertation stützt.

Interessant sind auch die beigefügten Uebersichtstabellen über die in den Jahren 1876—1878 im Basler Irrenhause behandelten, nicht alcoholischen Psychosen. Eine Schlusstabelle gibt Aufschluss über die weitern ätiologischen Momente (Vererbung, Beruf und Alter) bei alcoholischen Geisteskrankheiten.

IV.

Ueber Ernährung, Gesundheits- und Krankenpflege.

Von Dr. *Emil Rahm.* 138 S. Schaffhausen, Bachmann, 1882.

Wir gönnen Papa *Sonderegger* die Freude, wenn die Armee der von gesundem Socialismus angehauchten Aerzte täglich wächst. Jedes belehrende Wort, das der Arzt dem Volke widmet, ist ein Almosen für die grosse Zahl der Armen und Ungebildeten!

Unser Collega Dr. *Emil Rahm*, aus dem Lande der Wanderapostel, ist ebenfalls ein „fahrender" Volkslehrer geworden. Auf sein treffliches Referat „Ueber die Ursachen der drohenden Abnahme der Volkskraft in einigen Gegenden des Cantons Schaffhausen", folgten die Vorträge über Ernährung, Gesundheitslehre und Krankenpflege, welche der genannte Collega den Schülerinnen der Schaffhauser Kochcurse hielt. Derselbe hat auch diesmal seine Aufgabe ganz trefflich gelöst und den Beweis geleistet, dass er nicht nur den Bildungsgrad seines Volkes, sondern auch seine Bedürfnisse aus reicher Erfahrung kennt. Die vorliegende Brochure ist für das Volk geschrieben, eignet sich aber auch ganz vortrefflich als Leitfaden für den Unterricht in höhern Mädchenschulen, wo die populäre Schrift bereits Eingang gefunden hat.

Unter-Aegeri. *Hürlimann*, Arzt.

Die Erfolge der chirurgischen Klinik zu Basel während der letzten zwanzig Jahre.

Ein Beitrag zur vergleichenden Statistik der antiseptischen und der älteren Methoden der Wundbehandlung. Inaugural-Dissertation von *Emil Burckhardt*, Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik zu Basel. 74 S. Leipzig, 1881. Druck von J. B. Hirschfeld.

In der vorliegenden, mit grossem Aufwand von Fleiss und Geduld ausgearbeiteten Dissertation hat sich der Verf. die Mühe genommen, eine Parallele zu ziehen zwischen den Resultaten der Wundbehandlung in der vorantiseptischen Zeit und derjenigen der *Lister*'schen Aera.

Als Material dienten ihm dazu die Journale der Basler chirurg. Klinik, welche seit 1860 bis jetzt unter gleicher Oberleitung und unter annähernd gleichen baulichen Verhältnissen geblieben ist, ein Umstand, der eine Vergleichung der in den beiden Decennien von 1861—1880 erzielten Heilresultate ohne Weiteres ermöglicht, indem eine Verschiedenheit in den Erfolgen nur auf Rechnung der Wundbehandlung kann gesetzt werden. Diese letztere war in der Zeit von 1861—1870 keine einheitliche, sondern eine je nach den gerade herrschenden Ansichten wechselnde. Von 1871 an wurde die Carbolbehandlung instituirt, an deren Stelle seit 1873 der typische *Lister*-Verband trat. Eine Beschreibung der jetzt üblichen Art der Anlegung dieses Verbandes beschliesst den allgemeinen Theil.



Im speciellen Theil werden die in beiden Decennien vorgekommenen Fälle von 1) Amputationen und Exarticulationen der Extremitäten, 2) complicirten Fracturen des Schädels und der langen Röhrenknochen, 3) Herniotomien einander gegenüber gestellt.

Ad 1) Traumatische Amputationen und Exarticulationen:

1861—1870 36 Fälle mit 41,6% Mortalität
1871—1880 46 „ „ 15,2% „

Pathologische Amputationen und Exarticulationen:

1861—1870 28 Fälle mit 44,4% Mortalität
1871—1880 93 „ „ 9,6% „

Beide Gruppen zusammen:

1861—1870 64 Fälle mit 43,7% Mortalität
1871—1880 139 „ „ 11,5% „

Ad 2) Complicirte Fracturen der langen Röhrenknochen mit Einschluss der primär Amputirten etc. kamen vor:

1861—1870 38 Fälle mit 50,0% Mortalität
1871—1880 85 „ „ 12,9% „

Conservativ behandelt wurden an complicirten Fracturen der Extremitäten und des Schädels:

1861—1870 36 Fälle mit 52,7% Mortalität
1871—1880 80 „ „ 10,0% „

Ad 3) In Betracht gezogen wurden nur die inneren Herniotomien wegen Incarceration, während die Radicaloperationen nicht eingeklemmter Brüche, sowie die Operationen bei schon pathologisch verändertem Bruchinhalte (Gangræn etc.) bei Seite gelassen wurden.

1861—1870 9 innere Herniotomien mit 77,7% Mortalität
1871—1880 39 „ „ „ 10,2% „

Neben der Mortalität vergleicht Verf. noch bei allen 3 Gruppen den Verlauf der Wunden, die Heilungsdauer und die accidentellen Wundkrankheiten. Wie zu erwarten war, zeigt es sich evident, dass die Heilung unter *Lister* doppelt bis 5 Mal so häufig ohne Fieber verläuft und meist nur halb so viel Zeit beansprucht, als in der vorantiseptischen Periode, sowie dass die Wundkrankheiten ganz bedeutend seltener geworden sind.

Während primäre Heilungen in allen 3 Gruppen vor 1871 gar nie vorgekommen sind, finden sich solche im Decennium 1871—1880 in etwas über der Hälfte aller Fälle verzeichnet. Dagegen ist die Necrose von Sägeflächen oder von Fracturenden unter *Lister* häufiger als früher beobachtet worden, weil eben unter dem Schutze der Antiseptik in vielen Fällen conservativ konnte verfahren werden, welche früher ohne Weiteres primär wären amputirt worden.

Ein Situationsplan der chirurgischen Klinik zu Basel ist der Arbeit beigefügt.

Münch.

T. H. Huxley's Leitfaden für practische Biologie.

In's Deutsche übertragen von Dr. *O. Thamhayn.* Stuttgart, Enke, 1881. 208 S.

Nicht Jeder hat Zeit und nicht Jeder Lust, neben der Praxis naturwissenschaftliche Studien zu treiben. Gelegenheit aber haben Alle, und speciell aus dem unserm Fache so nahe liegenden Gebiet der organischen Reiche fehlt es nie an Material; wohl aber fehlt es meist an einem bewährten, stets bereitwilligen Führer, ohne welchen anatomische und biologische Studien, wenn auch begonnen, doch bald erlahmen. Das vorliegende Buch macht sich zur Aufgabe, auf geeignetes Material hinzuweisen und zu dessen Untersuchung anzuleiten. Es führt von der einfachsten, scheinbar überflüssigen, äussern Beschreibung der betreffenden Organismen successive ein bis zu microscopischen Details und zur Beobachtung der Lebensvorgänge, überall Behandlungsweise, jeden Handgriff, die nöthigen chemischen Reactionen angebend, das Alles in ausgezeichneter, lichtvoller und fasslicher Weise, wie es eben von dem berühmten Autor zu erwarten ist. Von den gerade in unserer Zeit für den Arzt so hochwichtigen niedersten Organismen bis zum Wirbelthier sind geeignete und leicht zu beschaffende Typen ausgewählt, wie das Verzeichniss am besten nachweist: 1) Hefe, 2) Protococcus, 3) Proteus animalis (Amœbe). Farblose Blutkörperchen, 4) Bacterien, 5) Schimmelpilze, 6) Chara, 7) Farnkraut, 8) Bohnenpflanze,

9) Glockenthierchen, 10) Süsswasserpolypen, 11) Süsswassermuscheln, 12) Krebs, 13) Frosch. — Auf, wenn auch noch so interessante, Einzelheiten einzutreten ist hier nicht der Platz. — Ein kurzer Anhang gibt Anleitung zur Bereitung der nöthigen Reagentien und das sehr ausführliche Register erleichtert die Handhabung des Buches und namentlich Vergleichungen wesentlich. *Sterki.*

Cantonale Correspondenzen.

Zürich. Betreffend den, im Auftrage der Aerztecommission herausgegebenen, **Wegweiser** erhalte ich soeben von der Gesellschaft der Aerzte am Zürichsee folgende Zuschrift:

Hochgeehrter Herr Redactor! Indem ich Ihnen beiliegend Ihrem Wunsche gemäss einige Notizen über unsern Verein zukommen lasse, die ich nach Gutdünken zu verwenden bitte, muss ich Ihnen aus der letzten Sitzung vom 13. ds. im Auftrag des Vereins Folgendes mittheilen.

Herr Dr. *Kündig* brachte den Antrag, Ihnen unser Befremden auszudrücken, dass Sie in Ihrem „Wegweiser" die Anstalten von Zeller in Männedorf, Feurrer in Ditikon, diejenige im Mönchhof Bendlikon und die Kinderbewahranstalt auf Bühl in Wädensweil angeführt haben. Er meinte, wenn dies in einem von der Aerztecommission herausgegebenen Buche geschehe, so werden diese Anstalten dem Volke gegenüber von uns anerkannt und legitimirt und man könnte schliesslich mit dem gleichen Rechte dem Verzeichniss sämmtlicher Medicinalpersonen ein solches der schweiz. Curpfuscher beifügen. In der Discussion wurde betont, dass leider unsere Sanitätsdirection den gleichen Fehler macht und wohl hier indirect Anlass war zur Aufnahme der Anstalten in den „Wegweiser". Ebenso wurde auch hervorgehoben, dass überall an diesen Orten die ärztliche Controle gleich Null sei und sich auf eine alle 2—3 Monate stattfindende Inspection beschränkte, die Behandlung geschieht mit Gebet und Händeauflegen und es sollen bei Zeller & Feurer Geisteskranken gegenüber in einer Weise vorgegangen werden, die mit den heutigen psychiatrischen Anschauungen total im Widerspruch steht. Aus der hiesigen Anstalt von Walchert kann ich Ihnen als selbst erlebtes Factum mittheilen, dass ich vor 3 Jahren in Verhinderung von Dr. *Jenni* dort eine Leichenschau vornehmen musste. Was war die Todesursache? eine rechtsseitige eingeklemmte Hernie crural., die mit Gebet zum Rückzug hätte bewogen werden sollen, aber eigensinnigerweise in loco verharrte. — Indem ich Sie, verehrter Herr College, bitte, diese Ausstellung, die wir machen zu müssen glaubten, als ein Zeichen des Interesses anzunehmen, das wir Alle am „Wegweiser" nehmen, zeichne im Namen der Gesellschaft der Aerzte am Zürichsee

Der Actuar:

Wädensweil, 16. December 1882. Dr. *Heusser* jun.

Indem ich diesen officiellen Brief der Gesellschaft der Aerzte am Zürichsee hiemit veröffentliche, erlaube ich mir, einige Worte demselben beizufügen.

Wie die Vorrede sagt, soll der „Wegweiser" Zeugniss ablegen von Allem, was auf dem Gebiete der Fürsorge für Kranke und Gebrechliche in den einzelnen Cantonen geleistet worden ist; von einem Ausschluss alier Anstalten, welche der herausgebenden Aerztecommission aus Gründen weniger empfehlenswerth schienen, konnte daher selbstverständlich keine Rede sein. — Wir wollten ein so vollständiges Bild, wie nur immer möglich, von Allem geben, was in den Rahmen der Krankenpflege, in weitestem Sinne aufgefasst, hinein gehört und bestrebten uns, in dieser Richtung mit Sorgfalt das einlaufende Material zu completiren.

Was nun speciell die von Ihrer Gesellschaft erwähnten Anstalten des Cant. Zürich (Nr. 36, 39, 40 und 41) betrifft, so war für uns zur Aufnahme derselben in den „Wegweiser" zwingend, dass dieselben von der Sanitätsdirection des Cantons Zürich seit Jahren als Privat-Krankenanstalten betrachtet werden, dass sie als solche durch die h. Regierung des Cantons Zürich s. Z. die bezüglichen Fragebogen erhielten, ausfüllten und unterzeichneten, sowie, dass diese Anstalten nach dem Gesetze unter amtlicher Aufsicht stehen.

Wenn nun Missstände wie die oben bezeichneten zur Kenntniss der Behörden gelangen, so wird ohne Zweifel auch Abhülfe getroffen werden.



Es scheint mir gerade ein Verein wie der Ihrige ein richtigeres Organ zu sein, als die Redaction des „Wegweisers“, an maassgebender Stelle auf solche sanitarische Uebelstände hinzuweisen und für deren Beseitigung energisch einzustehen.

Wenn ich nach officiellen Acten einen Aerzteschematismus anfertigen sollte und es würde mir die Regierung irgend eines Cantones den Namen eines illegitimen Pfuschers in die Liste setzen, so nähme ich gar keinen Anstand, denselben mit aufzuführen, um so den legitimen Aerzten des Cantones die Gelegenheit zu geben, zu thun was ihres Rechtens ist.

Für die Redaction des „Wegweisers“:
Burckhardt-Merian.

Wochenbericht.

Schweiz.

Universitäten. Frequenz der **medicinischen** Facultäten im Wintersemester 1882/83.

	Aus dem Canton M.	W.	Aus andern Cantonen M.	W.	Ausländer M.	W.	Summa M.	W.	Total
Basel	**16**	—	**71**	—	**11**	—	**98**	—	**98**[1])
Sommer 1882	14	—	68	—	6	—	88	—	88[2])
Winter 1881/82	12	—	81	—	7	—	100	—	100[3])
Sommer 1881	15	—	77	—	8	—	100	—	100
Bern	**48**	—	**68**	—	**22**	**26**	**138**	**26**	**164**[4])
Sommer 1882	48	—	61	—	21	27	130	27	157[5])
Winter 1881/82	38	—	64	—	19	29	121	29	150[6])
Sommer 1881	42	—	70	—	23	21	135	21	156
Genf	**15**	—	**53**	—	**25**	**8**	**93**	**8**	**101**[7])
Sommer 1882	9	—	41	—	23	6	73	6	79[8])
Winter 1881/82	14	—	42	—	26	6	82	6	88[9])
Sommer 1881	10	—	56	—	28	7	94	7	101[10])
Zürich	**39**	—	**83**	—	**41**	**17**	**163**	**17**	**180**
Sommer 1882	43	—	89	1	39	11	171	12	183
Winter 1881/82	46	—	85	1	38	10	169	11	180
Sommer 1881	34	—	75	1	39	7	148	8	156

			M.	W.	Total.
Summa der Studios. medic. in der Schweiz	im Winter-Semester	1882/83	492	51	543
	„ Sommer- „	1882	462	45	507
	„ Winter- „	1881/82	472	46	518
	„ Sommer- „	1881	477	36	513

— Aus der **Wehrpflicht** wurden **entlassen** bei den Sanitätstruppen die Aerzte: Major *Friedrich Billeter* in Zürich; die Hauptleute: *Theodor Müller* in Kreuzlingen, *Eugen Suter* in Zofingen, *Louis Perrenoud* in Chaux-de-Fonds, *Franz Käch* in Entlebuch, *George Duplessis* in Orbe, *Alfred Zürcher* in Aarau, *Georg Rellstab* in Bern, *Samuel Trolliet* in Rolle, *Wilhelm Breiter* in Andelfingen, *Jakob Bertschi* in Lenzburg, *J. J. Ruedi* in Chaux-de-Fonds, *Alfred Hubert* in Sallavaux, *Viktor Weber* in Alveneu, *Theodor Bridler* in Altnau, *Eduard Hanhart* in Steckborn, *Gaspard Balley* in Bourg-St. Pierre, *Wilhelm Bernoulli* in Basel.

Zur **Landwehr** versetzt die Hauptleute: *Friedrich Mauchle* in Nieder-Utzwyl, *Ch.-M. de Werra* in St. Maurice, *Marc Dufour* in Lausanne, *Henri Girard* in Genf, *Theodor Auchlin* in Oberstrass, *Friedrich Elmiger* in Reiden, *Raimund Hauser* in Näfels, *Albert Goldschmid* in Fehraltorf, *Eduard Fries* in Eglisau, *Anton Eberle* in Einsiedeln, *Walther Krebs* in Herzogenbuchsee, *Albert Hugelshofer* in Basel, *Theophil Studer* in Bern, *Karl Attenhofer* in Zurzach, *Friedrich Konrad* in Bern, *Gotth. Rippmann* in Binningen, *Theodor Löliger* in Arlesheim, *Hans v. Wyss* in Zürich, *Wilhelm v. Muralt* in Zürich, *Viktor Wyss* in Benken, *Moriz Wagner* in

---

[1]) Dazu 3 Auscultanten. [2]) Dazu 8 Auscultanten. [3]) Dazu 17 Auscult. [4]) Dazu 2 Auscult. [5]) 1 Auscult. [6]) 5 Auscult. [7]) 39 Auscult., wovon 2 Frauen. [8]) 29 Auscult., worunter 4 Frauen. [9]) 18 Auscult., worunter 3 Frauen. [10]) 23 Auscult., worunter 1 Frau. [11]) Auscult.?

Baden, *Oscar Rapin* in Lausanne, *Robert Anken* in Bern, *Alfred Reymond* in Vivis, *Jakob Christinger* in Diessenhofen, *Alois Broger* in Appenzell, *Adolf Riedi* in Brieg, *Alfred Convert* in Boudry, *Leopold Imfeld* in Sarnen, *Giulio Zendralli* in Bondo, *Hermann Fol* in Chougny; die Oberlieutenants: *Wilhelm Marti* in Langenthal und *Hermann Zuppinger* in Elgg.

Zürich. Kaum ist der neue „Wegweiser für Hülfesuchende", der auch uns Zürchern sehr willkommen ist, erschienen, tauchen in unserem Canton theils neue Anstalten auf, welche hinein gehören, theils fliessen grossartige Vergabungen für schon bestehende. Nicht dass das Streben nach Decentralisation unserer cantonalen Krankenanstalten deshalb als ein berechtigtes allgemein anerkannt würde. Jene Dotationen gehen auch kaum aus diesem Bestreben hervor. So ist es auch ganz unrichtig, wenn bereits eine Reihe von Zürcherblättern die Kunde in die Welt hinaus gesandt haben, dass der ärztliche Cantonalverein die in seiner Herbstsitzung gestellten Anträge auf Befürwortung einer Erweiterung jener Anstalten im Sinne der Decentralisation bei den Staatsbehörden bereits angenommen habe. Darüber ist die Berathung vielmehr noch gar nicht geschlossen und soll in einer auf nach Neujahr anberaumten ausserordentlichen Sitzung wieder aufgenommen werden. Auch ist es heute wenigstens, nach den in jener Sitzung geflossenen berichtigenden Voten der Herren Professoren *Huguenin* und *Krönlein* über die Spitalverhältnisse und den vermeintlichen Platzmangel in demselben noch keineswegs gewiss, auf welche Seite die Waagschale sich neigen wird und ob bei der Mehrzahl der Aerzte unseres Cantons die vorgeschlagene Gründung von Bezirksspitälern statt allfälliger Erweiterung der cantonalen Anstalt Anklang finden werde. Indessen lassen wir diese noch unausgetragene Frage für einmal bei Seite, um kurz über eine jener in jüngster Zeit neu gegründeten Anstalten zu referiren.

Es ist dies die neue als **„Schwesternhaus in Fluntern"** vom Verein für freies Christenthum gegründete und mit reichen Spenden der Wohlthätigkeit ausgestattete Anstalt zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen. Nach den Statuten handelt es sich hier um eine Anstalt, die unabhängig von jedem specifisch religiösen oder dogmatischen Bekenntnisse dazu dienen soll, tüchtige und für ihren ebenso schönen als schweren Beruf begeisterte Krankenpflegerinnen theoretisch und practisch so auszubilden, wie es das Interesse der Kranken, Arm oder Reich, erfordert. Ein Versuch, die Heranbildung solcher Pflegerinnen von Staatswegen an die Hand zu nehmen, ist gänzlich misslungen, schon weil sich nicht die rechten Leute hiezu fanden. Für diese private, nur auf Gemeinnützigkeit beruhende Anstalt scheinen die Aussichten jetzt schon freudigere zu sein; denn von einer vierfachen Anzahl von Angemeldeten konnten für einmal 8 Lehrschwestern mit der grössten Sorgfalt als hiezu besonders befähigt ausgewählt werden und lässt sich kaum bezweifeln, dass sich auch später, wenn die Räumlichkeiten der Anstalt dies gestatten und das Bedürfniss es erheischt, immer eine hinreichende Anzahl von Töchtern aus allen Ständen finden würde, deren Befähigung und Opferwilligkeit sie hiezu ganz besonders tauglich erscheinen lässt. Den Unterricht sollen diese „Lehrschwestern" theils im Mutterhause, theils im nahen Cantonsspital, da besonders in practischer Richtung, erhalten. Allein auch im Mutterhause ist für das Letztere insofern gesorgt, als dasselbe zugleich zur Aufnahme von zahlenden Kranken eingerichtet ist, deren Pflege und Obhut den Schwestern unter Leitung ihrer Oberin, einer durch hervorragende Leistungen auf dem Gebiete der Krankenpflege bereits bewährten jungen Dame aus Frankfurt a. M. anvertraut ist. Wie sehr übrigens auch dieses Bedürfniss eines Asyls für Kranke aus den wohlhabenden Ständen sich bei uns geltend macht, mag der Umstand beweisen, dass kaum 2 Wochen nach seiner Eröffnung bereits 7 Betten belegt sind. Die Oberleitung über die Anstalt ist einem ärztlichen Ausschuss übertragen, dem Herr Dr. *W. v. Muralt* als Präsident vorsteht und in welchem auch unsere medicinische Facultät durch die Professoren *Huguenin* und *Krönlein* vertreten ist. Kommt noch hinzu, dass die Lage des Mutterhauses in Fluntern, in unmittelbarer Nähe des Cantonsspitals, eine ausgezeichnet günstige, schöne und gesunde ist und die Einrichtung desselben allen billigen Anforderungen entspricht, so dürfen wir wohl hoffen, dass sie im Kranze der zahlreichen wohlthätigen Anstalten unseres Cantons recht bald eine ebenso ehrenvolle als Segen verheissende Stellung einnehmen wird. Sie sei auch unseren Collegen aus den benachbarten Cantonen, deren Fürsprache wir manche schöne Gabe verdanken, warm empfohlen.



Ausland.

Brasilien. Einem Briefe unseres Collegen Dr. *A. Lutz*, nun in Limeira (Brasilien), entnehmen wir folgende Stellen: „. . . . . Mit der Zeit werde ich wohl Gelegenheit haben, Ihnen einige kleine Mittheilungen aus meiner Praxis zu machen, wenn Sie glauben,[1]) dass dieselben von Interesse sein könnten. Es sind hauptsächlich Beiträge zur medicinischen Geographie, die ich Ihnen in Aussicht stellen könnte, auch Einiges über Parasiten, namentlich Ankylostomum d., wenn das Interesse an diesen Parasiten durch Beendigung des Gotthardtunnels nicht schon erloschen ist. Ich habe hier auch ein sehr reiches Material für Malariaerkrankungen (intermittirende, remittirende und namentlich viel larvirte), wenn auch die allerschwersten Formen hier glücklicherweise selten sind. Von Beri beri kommen einzelne Fälle zur Beobachtung. — Auch über den Einfluss von Clima und Menschenrasse auf die verschiedenen Krankheiten habe ich eine Anzahl Beobachtungen gesammelt; meine Praxis besteht aus Negern, Brasilianern, eingewanderten Deutschen, Portugiesen und Italienern bunt durcheinander gewürfelt und bietet in Folge dessen ein interessantes Vergleichsmaterial.

Ihr geschätztes Blatt ist mir theils durch seinen wissenschaftlichen Inhalt, theils durch seine zahlreichen Personalnachrichten immer sehr willkommen. Und wenn die Aerzte der Schweiz sich in ihren zahlreichen Versammlungen treffen, so können sie sicher sein, dass über dem Meere auch Collegen weilen, die sich für Ihre Vereine interessiren, wenn sie auch nicht dabei sein können. Hier gibt es keine ärztlichen Vereinigungen. Man ist auch noch nicht so aufgeklärt (?!), um gegen das Impfen aufzutreten; dafür hat der Baunscheidtismus hier noch ein Asyl gefunden, und streut die Homöopathie mit vollen Händen ihre verdünnten Gaben aus. . . . .“

Deutschland. Der **Hülfs- und Schreibkalender für Hebammen 1883**, sechster Jahrgang, im Auftrage des deutschen Aerztevereinsbundes herausgegeben von Geh. Medicinalrath Dr. *L. Pfeiffer* in Weimar ist soeben erschienen. Er kostet gebunden 1 Mk. und erscheint in 25,000 Exemplaren. Bei Abnahme von Partien werden Freiexemplare gegeben. Die Hälfte des Reinertrags fliesst in die Casse des Aerztevereinsbundes.

Inhalt: I. Die allgemeinen Pflichten der Hebamme, ihre Gebührenforderungen und Vorschläge zu passender Altersversorgung für dieselben. II. Die Vorbereitungen zur Entbindung und die Entbindung selbst. III. Die Pflege der gesunden Wöchnerin. IV. Die Pflege der kranken Wöchnerin. V. Die Lebensäusserungen und die Pflege des gesunden Säuglings. VI. Die Ernährung des Säuglings an der Mutterbrust allein. VII. Die Ernährung des Säuglings durch eine Amme. VIII. Die Ernährung des Säuglings mittels Kuhmilch. IX. Die künstlichen Nahrungsmittel. X. Die Ernährung und Pflege des Kindes nach dem Säuglingsalter. XI. Die Pflege des kranken Säuglings. XII. Schreibkalender. XIII. Notizblätter. XIV. Tagebuch.

Die Ausgabe B. für Preussen enthält ausserdem einen Auszug aus dem neuen Lehrbuch der Geburtshülfe für die preussischen Hebammen.

Als Avis au lecteur sagt der Prospect: „Der Hebammenkalender ist nur da in die Hände der Hebammen gekommen, wo unentgeltliche Vertheilung von Seiten der Regierungen, Kreisausschüsse, Landrathsämter, Verwaltungsbehörden, Physicate, Gemeinden, Aerztevereine etc. stattgehabt hat. Verschiedene Hebammenlehranstalten geben den geprüften Schülerinnen den Kalender regelmässig mit in die Praxis hinaus.

Im Interesse des von dem Hebammenkalender verfolgten Zweckes: Durch Erziehung der alten Hebammen zu den neueren Reinlichkeitsgrundsätzen und durch Fortbildung der jungen Hebammen, die Sterblichkeit der Wöchnerinnen und Säuglinge zu vermindern, wird um Empfehlung und Verbreitung des Hebammenkalenders gebeten.“

Der Kalender wird von vielen Behörden und ärztlichen Vereinen empfohlen und von zahlreichen Verwaltungsbehörden zur Vertheilung angekauft (darunter das Sanitätsdepartement Baselstadt und der Stadtrath von Aarau).

Ich habe das sehr handliche und practisch eingerichtete Büchlein auch dieses Jahr durchgesehen und es als sehr empfehlenswerth gefunden. *A. Baader.*

---

[1]) Diese Mittheilungen werden uns sehr willkommen sein: Wir bitten darum und grüssen freundlich. Redact.

Java. Strichninvergiftung. Von Herrn Collegen Dr. *G. Bolhalter* in Willem I auf Java geht uns eine verdankenswerthe, sehr interessante Correspondenz zu über 4 von ihm beobachtete Fälle von Strichninvergiftung, die wir wegen Raummangel in etwas abgekürzter Gestalt wiedergeben müssen.

Am Abend des 2. September 1882 wurden in das Militärspital zu Willem I 4 Javanen aufgenommen, die alle, obwohl in verschieden starkem Maasse, ein höchst merkwürdiges und bedenkliches Krankheitsbild darboten.

Der am schwersten betroffene 36jährige kräftige Patient zeigte folgende Symptome: Sensorium frei, Sprechen unmöglich. Fast fortwährend klonisch-tonische Contractionen der Gesichts- und Augenmuskeln, Trismus; alle $^1/_2$—1 Minute anscheinend spontan auftretende, sehr heftige, einige Secunden anhaltende Krämpfe der Extensoren der 4 Extremitäten, dabei nur mässiger Opistotonus. Etwa alle 6—7 Minuten heftiger Inspirationskrampf, so dass die Athmung für 1 Minute sistirt ist, worauf dann 15—20 sehr tiefe Respirationen folgen. Alle diese Krampfanfälle treten namentlich sofort auf, wenn der Patient berührt oder auch nur angehaucht wird; wenn man ihm eine Taschenuhr gegen das Ohr hält oder wenn man an der Bettstelle leise rüttelt. Pulsbeobachtung unmöglich. Gesicht mit Schweiss bedeckt, übriger Körper nicht, Pupille normal reagirend. Penis nicht erigirt.

Diagnose: Strichninvergiftung.

Therapie: Injectio Morphii 0,03; Kal. bromat. 4,0, in Solution, was nur mit grosser Mühe und theilweise geschluckt werden kann. Nach einer Viertelstunde werden die Anfälle seltener, Pat. kann auch wieder sprechen. Puls 110.

Als allmälig aber die Tetanusanfälle an Stärke und Häufigkeit wieder zunehmen, wird Pulv. Ipecac. 3,0 zu 30 Aq. gereicht; darauf hin relative Ruhe, Erbrechen und gegen Morgen mehrstündiger Schlaf.

3. September. Nur noch klonisch-tonische Contractionen der Gesichtsmuskeln, Zittern der Glieder, keine Reflexkrämpfe mehr, zunehmende Euphorie, so dass Pat. am 4. Sept. geheilt, aber noch sehr schwach, entlassen werden konnte.

Von den 3 andern Patienten ist nur zu sagen, dass bei ihnen die Vergiftungssymptome viel weniger stark waren und dass sie auf Morphiuminjection und Kal. bromat. bald ganz aufhörten.

Alle 4 Patienten mussten sich später wegen Schmerzen und Schwäche in den untern Extremitäten wieder zu Bett legen, konnten aber nicht beobachtet werden.

Die ätiologische Seite der Sache ist folgende: Die 4 Javanen befanden sich wegen eines leichten Vergehens beisammen in einem Arrestlocal; sie wurden von ihrem Aufseher schlecht behandelt und drohten, ihn deshalb zu verklagen; dieser schickte ihnen eine Kanne voll Kaffee, von welchem sie in verschiedener Quantität tranken. Nach wenigen Minuten bekamen sie heftigen Schwindel und bald darauf traten auch die Krampfanfälle ein, was ihren Transport in's Lazareth zur Folge hatte.

Im Rest des Kaffee's und im Erbrochenen wurde durch den Stabsapotheker chemisch Strychnin nachgewiesen.

Italien. Bequemer Dampfspray. *Del-Greco* (Apparecchio semplice ed economico per la polverizzazione a vapore dei liquidi. Firenze, 1880) beschreibt einen sehr einfachen Dampfspray-Apparat, der aus in jedem chemischen Laboratorium sich vorfindlichen Utensilien zusammengesetzt ist. An einem Ständer wird ein Glaskolben befestigt, in dessen Stöpsel sich das gewöhnliche Sprayansatzstück befindet. Die Erwärmung geschieht mit einer Spirituslampe. *Kaufmann.*

Preussen. Wirkungsweise der essbaren Morchel. Der Director des pathologischen Instituts Prof. Dr. *Ponfik* in Breslau hat über die Wirkungsweise der einheimischen und wegen ihres bedeutenden Nährwerthes sehr geschätzten essbaren Morchel (Helvella esculenta) eingehende Untersuchungen angestellt, deren Resultate im Interesse des öffentlichen Gesundheitswesens und zur Beseitigung der Zweifel, welche über die Wirkungsweise und Gefährlichkeit der essbaren Morchel zur Zeit noch bestehen, vom Regierungspräsidenten bekannt gemacht werden.

„Die Morchel ist ein an und für sich nicht ungefährlicher Pilz, da er ein Blutgift enthält. Derselbe darf darum niemals anders, als unter strengster Beachtung bestimmter Vorsichtsmaassregeln verwerthet werden.

1) Die frisch gesammelte Morchel darf unter keinen Umständen roh genossen werden.

2) Gekocht darf die Morchel, frisch gesammelt, nur nach vorherigem wiederholten Aufsieden und erneueten Ueberspülen mit heissem Wasser in Gebrauch gezogen werden, mit der Maassgabe, dass nicht nur die Brühe völlig abgegossen, sondern auch alle Flüssigkeit, welche den auf dem Siebe zurückgebliebenen Schwämmen etwa noch anhaften mag, durch Schütteln oder Drücken entfernt werden muss.

3) Diese Brühe, welche die verderblichsten Giftstoffe des Pilzes enthält, muss zum Schutz von Mensch und Thier sofort unschädlich beseitigt werden.

4) Auf vorstehend bezeichnetem Wege von ihren schädlichen Bestandtheilen befreit, darf die frische Morchel als Gemüse anstandslos genossen werden.

5) Durch Waschen mit kaltem Wasser wird die frische Morchel von ihren giftigen Bestandtheilen nicht befreit; ein einfaches Uebergiessen der Morchel mit heissem Wasser ist ungenügend, ein mehrmaliges Aufsieden der frischen Pilze in Verbindung mit jedesmaligem, kräftigen Ausdrücken ist vielmehr unerlässlich.

6) Auch die gedörrte Morchel ist, wenn es jüngere Stücke sind, innerhalb der ersten 14 Tage immer noch gefährlich; weniger gefährlich, aber noch nicht gänzlich unschädlich, ist die gedörrte Morchel innerhalb des ersten und zweiten Monats. Von da ab verlieren sich die deletären Eigenschaften bei der gedörrten Morchel immer mehr.

7) Halbjährige, jährige oder noch ältere Stücke sind durchaus unschädlich und können ohne alle weitern Vorsichtsmaassregeln anstandslos genossen werden.“

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. December 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Varicellen sind 11 Fälle angemeldet (5, 6, 18), zerstreut über die Stadt.

Mumps nur 1 Fall.

Scharlach weist 24 neue Erkrankungen auf (13, 8, 27), wovon 7 in Kleinbasel, je 6 auf dem Nordwestplateau und im Birsthale.

Typhus 3 Erkrankungen (15, 10, 8).

Diphtherie 12 Fälle (7, 3, 10), zerstreut über die Stadt.

Erysipelas 13 Fälle (6, 3, 3), wovon 6 in Kleinbasel.

Pertussis 13 angezeigte Erkrankungen (5, 7, 9), wovon 7 in Kleinbasel.

Von Icterus catarrhalis sind weitere 6 Erkrankungen angezeigt, alle auf den December fallend, 3 Kinder in Grossbasel, 3 Erwachsene in Kleinbasel. Gesammtzahl der Anmeldungen seit October 34.

Bibliographisches.

1) *Goldschmidt*, Dr. *H.*, Lithotomie und Lithotripsie von Sir Henry Thompson. 8⁰. 306 S. Kassel und Berlin, Th. Fischer.
2) *Bericht* über die Thätigkeit des Prager städtischen Gesundheitsrathes 1881, erstattet von Dr. *Janovskg*, *Popper* und *Pelc*. 8⁰. 42 S. Prag, Selbstverlag.
3) *Straub*, *Frz.*, Beitrag zur operativen Behandlung der Oedeme der Haut. 8⁰. Inaug.-Dissert. Tübingen, Fries.
4) *L'Eau de Seyon* et la fièvre typhoïde à Neuchâtel. 60 S. Neuchâtel.
5) *Rouge*, Causeries chirurgicales et Menus-Propos d'un chirurgien. IIe Cahier des feuilles volantes. Lausanne.
6) *Sega a Forbice*. Nuovo Istrumento inventato dal Dottore Alessandro Ceccarelli etc. Torino, E. Löscher.
7) *Meuli*, *Joh.*, Die Veränderungen von Puls und Temperatur bei elevirten Gliedern. Inaug.-Dissert. 8⁰. Leipzig, J. B. Hirschfeld.
8) *Schulthess*, *Wilh.*, Beiträge zur Anatomie von Ankylostoma duodenale (Dubini) Dochmius duodenalis (Leukart). 8⁰. (Sep.-Abdr. aus der Zeitschr. für wissenschaftl. Zoologie, 37. Bd.)



CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titelu.Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

Nº 2. XIII. Jahrg. 1883. 15. Januar.

Original-Arbeiten.

Laparotomie wegen innerer Incarceration.

Von Dr. **Bruggisser** in Wohlen.

Am 27. October v. J. hatte ich im hiesigen Krankenasyl unter der verdankenswerthen Assistenz meines Freundes und Ortscollegen Dr. *R. Müller* eine Laparotomie wegen innerer Einklemmung zu machen und veröffentliche diesen Fall, weil ich glaube, dass er auch für weitere Kreise von Interesse sein dürfte.

Da College *Müller* den Patienten von Anfang an behandelt hatte, so lasse ich dessen mir gütigst zur Verfügung gestellte Krankengeschichte so ziemlich wörtlich hier folgen:

„Josef B., Dachdecker von Wohlen, 47 Jahre alt, wurde am 7. October Abends bei der Arbeit plötzlich von heftigen im „Bauche herumfahrenden" Schmerzen befallen. Schon während der folgenden Nacht musste Pat. sich öfters erbrechen. Am 8. Morgens wurde ich zu Pat. gerufen.

Pat. gibt an, bis gestern Abend gesund gewesen zu sein; eine leichte Diarrhœ habe ihn nicht besonders belästigt; er glaube, der linke Leistenbruch sei ausgetreten, er sei nämlich auf beiden Seiten gebrochen, trage zwar ein Doppelbruchband, dasselbe tauge aber nichts mehr. Der Bruch auf der andern Seite sei früher, vor vielen Jahren, auch einmal eingeklemmt gewesen und habe vom Arzte zurückgebracht werden müssen. (Per parenthesin sei hier bemerkt, dass damals [1866] die Operation bereits vorbereitet war, die Reposition in der Chloroformnarcose jedoch noch gelang. *B.*) Die nun vorgenommene Untersuchung des Leibes zeigt nichts Auffallendes; beide Hernien sind klein, aber nachweisbar und nicht eingeklemmt. Unmittelbar oberhalb des Ligamentum Poupartii ist eine druckempfindliche Stelle, diese zeichnet sich aber sonst durch nichts Besonderes aus.

Temperatur normal, Puls ebenfalls; seit gestern Abend weder Stuhl noch

Flatus; das Erbrochene ist stark gallig gefärbt. Pat. erhält eine Morphiuminjection 0,02, heisse Umschläge auf den Bauch, daneben innerlich Morph. in Solution, im Uebrigen strenge Diät.

Am Abend des 8. fühlt sich Pat. besser, kein Brechen mehr, nur von Zeit zu Zeit Aufstossen, kein Stuhl und keine Flatus. Medication wird fortgesetzt. Am 9. Abends Abgang von Flatus und Koth. Morphium wird ausgesetzt, während der Nacht vom 9./10. stellt sich Diarrhœ ein, Pat. bekommt deshalb am 10. Bismuth mit Opium. Am 11. fühlt sich Pat. wohl, und ebenso die folgenden Tage.

Am 16. Morgens begibt sich der Mann, vollständig gesund, doch noch schwach, auf's Feld. Hier wird er nach kurzer Arbeit plötzlich von heftigen Unterleibsschmerzen befallen, er muss sich auf dem Felde mehrmals erbrechen und ist kaum im Stande, sich nach Hause zu schleppen; ganz derselbe Anfall, wie vorausgegangen.

Ich werde sogleich gerufen. Der Befund ist der obige. Therapie dieselbe. Von heute an bis zum 27. October Ausbleiben von Stuhl und Flatus. Täglich mehrmaliges Erbrechen von in ersten Tagen grünlich gefärbtem Mageninhalt, der vom 3. Tage an immer mehr mit Darminhalt vermischt und schliesslich reiner Koth ist.

Pat. erhält fast täglich Morgens und Abends je eine Morphiuminjection, die das Brechen und die Schmerzen für einige Stunden stellen. Wassereingiessungen in's Rectum sind erfolglos; zweimaligem Abgange von einigen trockenen Kothklümpchen darf keine Bedeutung beigemessen werden.

Nach einer Consultation mit meinem Freunde, Collega Dr. *Bruggisser*, erhielt Pat. 2 Dosen Calomel, zusammen 1,0 innert 1 Stunde, auch das blieb ohne Erfolg. — Der Befund des Leibes wechselte oft und zwar so, dass bald bedeutender, bald wässriger Meteorismus vorhanden war, je nachdem Pat. vor der Untersuchung stark gebrochen hatte, oder nur wenig oder gar nicht; noch sei bemerkt, dass Pat. oft in kurzer Zeit ganz gewaltige Mengen erbrach, um dann für 10—20 Stunden wieder Ruhe zu haben. Dieses ermöglichte auch, dass man am 25. October in der linken regio inguinalis, scheinbar in der Tiefe einen länglichen, eigrossen, harten, nur wenig schmerzhaften Tumor fühlen konnte, der entschieden nicht von Kothballen herrührte.

Nachdem von Anfang an die Diagnose auf Verschluss des Darmcanals in Folge Axendrehung oder Hernie innerhalb der Bauchhöhle irgend welcher Art gestellt worden war, so wusste man jetzt ungefähr auch, wo der Verschluss zu suchen sei. Die Diagnose blieb auch so noch unbestimmt genug.

Pat. wurde, weil zur Armenpraxis gehörig, am 25. October in unser Krankenasyl gebracht; der Zustand verschlimmerte sich zusehends, so dass der Exitus binnen wenigen Tagen vorauszusehen war. Ein chirurgischer Eingriff durfte nicht länger mehr verschoben werden, wenn er noch Aussicht auf Erfolg haben wollte. Patient war mit unserm Vorschlage einverstanden und am 27. Nachmittags trafen wir die Vorbereitungen zur Operation, die sich eben erst im Verlaufe einen Namen geben musste."

So weit mein College *Müller*.



Wenn wir uns unter diesen sehr precären Umständen doch noch zur Operation entschlossen, so geschah dies zunächst unter dem Eindrucke der im ärztlichen Corr.-Bl. Nr. 10 letzten Jahres besprochenen Arbeit von Prof. ***Nussbaum*** „Ueber Enterotomie, Gastrotomie und Leberdrainage", wo es bezüglich der erstern heisst:

„An Miserere und Ileus Erkrankte starben bisher die meisten, der Enterotomie bei solchen Kranken folgt meist Genesung. Sobald die gewöhnlichen Mittel die Darmocclusion nicht heben, schreitet man zur Enterotomie. In der rechten oder linken Inguinalgrube wird das Peritoneum mit einem 4—5 cm. langen Querschnitt geöffnet, die Wundränder des Peritoneums werden mit den Rändern der Hautwunde vernäht, dann wird ein ausgedehntes Darmstück herausgezogen, an die äussere Haut befestigt und ein so kleiner Einstich in die Darmwand gemacht, dass ein dicker Catheter eingeschoben werden kann. Durch diesen entweichen Gase, Flüssigkeiten und durch Eingiessen von Wasser werden festere Darmcontenta erweicht und entleeren sich durch den Catheter, kurz die Folgen der Darmocclusion schwinden, die Ernährung des Patienten ist wieder möglich."

Wir machten uns bei der Operation also zunächst auf eine Enterotomie, resp. Anlegung eines Anus præternaturalis gefasst.

Unter Vorausschickung der bekannten *Lister*'schen Cautelen wurde nach gut eingeleiteter Narcose der Bauchschnitt ca. 4 cm. über dem linken Lig. Poupartii ganz parallel mit diesem verlaufend in einer Länge von ca. 8 cm. angelegt; bei Durchschneidung des Musc. obliq. extr. spritzte eine Muskelarterie, die sofort ligirt wurde; es kam die glatte, stark gespannte Aponeurose des Musc. obliq. zum Vorschein, in welche am innern Wundwinkel eine kleine Incision gemacht wird; in diese wird alsdann die Hohlsonde eingeführt und die Aponeurose ca. 3 cm. weit gespalten.

Nun erschien in der Wundspalte auf einmal eine bläuliche, kugelige Geschwulst, die jedoch erst freier entwickelt werden konnte, nachdem die Aponeurose auf der äussern Seite ebenfalls gespalten war.

Nach genauerer Untersuchung überzeugten wir uns bald, dass ein vom Peritoneum gebildeter Bruchsack vorlag. Auf einen kleinen Einstich entleerte sich ein ganz feiner Strahl von röthlichem Bruchwasser.

Es wurde nun der Bruchsack in seiner ganzen Länge gespalten, und fand sich als Inhalt eine ziemlich stark geröthete, sonst aber noch gesund aussehende Dünndarmschlinge vor; die Bruchöffnung gegen die Bauchhöhle zu war derart verengt, dass erst auf mehrfache Incisionen hin die Reposition gelang; wir überzeugten uns vermittelst des ziemlich tief eingeführten Fingers, dass wir wirklich in der Bauchhöhle waren.

Zunächst wurde nun ein grosser Theil des Bruchsackes resecirt, die übliche Toilette gemacht und dann zur Wundvereinigung geschritten. Es wurde die Naht in zwei Etagen angelegt: zuerst 5 Catgutnähte durch das Peritoneum, dann Hautnaht vermittelst 4 tiefliegenden und 5 oberflächlicheren Seidennähten, Drainage und ***Lister*** — ein Verfahren, das ich bei drei andern Herniotomien im Laufe des Sommers ebenfalls angewandt hatte, die sämmtlich per primam heilten und gut durchgekommen sind.



Während der Dauer der ganzen Operation, resp. nach Durchtrennung der Bauchfascie Salicylspray.

Afebriler Verlauf, andern Tages Flatus und Stuhlgang; Heilung p. p. unter 3 Verbänden, am 5. Tage Entfernung des Drains, am 8. Tage der Seidenligaturen; die ganz kleine Drainfistel ist am 12. Tage definitiv geschlossen; eine feine lineäre Narbe ist das einzige Residuum des stattgehabten chirurgischen Eingriffes.

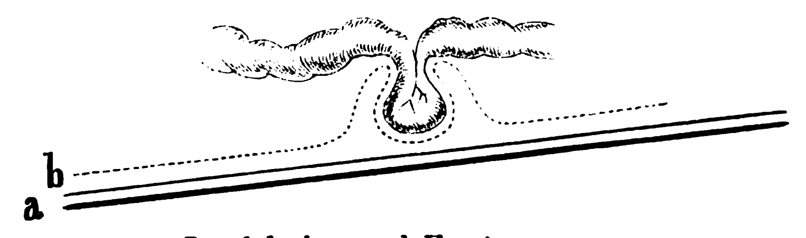
Eine chronische Diarrhœ, der Patient früher schon zeitweilig unterworfen war, und die der angewandten Therapie hartnäckig trotzte, dehnte den Aufenthalt im Krankenasyl auf 4 Wochen aus; ohne diese Incidenz hätte Patient füglich schon am 14. Tage entlassen werden können.

Suchen wir uns im vorliegenden Falle den Process der Bruchbildung klar zu machen, so liegt wohl folgende Annahme am nächsten:

Bei dem im Allgemeinen ziemlich schlecht genährten Patienten lagerte sich in das durch allgemeine Atonie præformirte Bauchfell-Receptaculum eine Dünndarmschlinge und verwandelte es, indem eines Theils die eigene Schwere, andern Theils anderweitige, in der schweren Beschäftigung des Patienten begründete, veranlassende Momente mitwirkten und letzteres immer mehr ausstülpten, in den Bruchsack.

Diesem leistete die sehr derbe Fascia transversa abdominis allenthalben Widerstand, und war so Veranlassung, dass die Hernie eine innere blieb.

Mitfolgende Zeichnung mag in groben Umrissen die Verhältnisse zu schematisiren suchen.



a = Bauchdecken und Fascia transversa.
b = Peritoneum.

In der letztjährigen Wiener med. Wochenschrift Nr. 20 sind zwei Fälle von Laparotomie wegen innerer Incarceration aus der Revue de chirurgie von *Böckel* beschrieben, sie differiren von dem unsrigen aber insoferne, als in jenen beiden Fällen die innere Einklemmung durch einen gespannten Strang verursacht war.

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli.*

Sitzung vom 15. Juni 1882.[1])

Anwesend 25 Mitglieder und 1 Gast.

Dr. *Oeri* hält einen längern Vortrag über die prophylactischen Bestrebungen in der Geburtshülfe. Zunächst bespricht er die Anforderungen

[1]) Eingelangt 15. XII. 1882.

an die Hebammen und die Leistungen derselben; die Anweisungen, welche denselben gegeben wurden behufs Prophylaxe bei und nach der Geburt, werden nur von ganz wenig Hebammen in Basel befolgt, und wurden viele dieser Frauen an der Hand von Beispielen als überaus unreinlich bezeichnet.

Sodann geht der Vortragende auf die prophylactischen Bestrebungen ein, wie sie sich in jüngerer Zeit fast allerorts eingebürgert haben. Das Puerperalfieber selbst fasst er als accidentelle Wundkrankheit auf; die Ansteckung geschieht hin und wieder durch die Hände der Aerzte. Bezüglich der Aetiologie selbst ist seit *Semmelweiss* und *Halbertsma* nicht viel gefördert worden. Auch unsere Kenntnisse der Morbiditätsverhältnisse sind gering. Die Beobachtung, dass in den Gebärhäusern mehr Puerperalfieber vorkommt als in der Privatpraxis, führte zum Vorschlage, man solle kleine Anstalten errichten; dieser wurde aber durch bessere Spitalhygiene ersetzt, und die Resultate befriedigten zur Genüge. Ueber die privaten Verhältnisse lässt sich keine Statistik aufstellen. — Die antiseptische Prophylaxis und die antiseptische Behandlung schon Erkrankter werden nun eingehend besprochen. Zur Reinigung der Hände und der Instrumente wird hier 3% Carbollösung empfohlen, ½—3% zu den Injectionen. Anderorts sind andere Mittel im Schwang. Die Spritze ist durch den Irrigator ersetzt. Auch den Carbolspray benutzen einige während der Geburt, namentlich bei Epidemien. Nach der Geburt wird ein Wattebausch, in 5% Carbolöl getaucht, in den Introitus vaginæ gelegt. Von denen, welche sich gegen diese Neuerungen in der Prophylaxis, namentlich gegen die Injectionen, mehr abweisend verhalten, sind *Hecker* und *Spiegelberg* zu nennen. Intrauterine Injectionen sollen nur durch den Arzt gemacht werden; die besten Resultate davon erzielt man bei Gasansammlung im Uterus. Auch die Drainage giebt gute Resultate; immerhin hat auch sie ihre Gegner. Ebenfalls angewandt wird die permanente Irrigation. Böse Zufälle bei diesen Maassnahmen erlebte der Vortragende keine, bei andern aber kamen einige Unglücksfälle vor, namentlich bei den Injectionen mit Eisenchlorid. Die Tuben sind eben für die Injectionsflüssigkeit durchgängig. Andere Fälle sind als Carbolintoxicationen aufzufassen. Weiterhin sind die äussern Genitalien vor der Geburt zu reinigen. Die prophylactischen Injectionen dagegen sind nur bei genauen Hebammen zu empfehlen. Wichtig ist auch die Suspension der Hebammen bei ausgebrochenem Fieber; wichtig auch die verschieden beantwortete Frage nach der Thätigkeit der Geburtshelfer bei Sectionen u. s. w.

Um bessere Zustände in unserm Hebammenwesen zu erzielen, empfiehlt Redner das gute Beispiel durch die Aerzte und fasst die übrigen Anforderungen in ein Schema mit 19 Punkten zusammen.

Prof. *Bischoff* stimmt den Vorschlägen des Hrn. Dr. *Oeri* bei; er rühmt die Resultate seiner Maassnahmen. Die Collapserscheinungen bei intrauterinen Injectionen erklärt er durch Infusion in die Circulation; dagegen hält er die Injection von Luft und von verschiedenen sonst nicht indifferenten Flüssigkeiten durch die Tuben in die Bauchhöhle für fast unschädlich, auch hier täuschen die Infusionserscheinungen. Der Besuch der Klinik und der Sectionssäle zugleich ist in Basel gegen *Bischoff*'s Wunsch gestattet, und so sind auch zur Zeit der Hebammen- und

der Schulcurse am meisten Puerperalfieberfälle. Zum Waschen empfiehlt Redner jetzt 5% Carbollösung. Den Spray würde *Bischoff* für die Mutter sehr empfehlen, dagegen kann er dem Kinde schaden.

Prof. *Socin* erwartet ebenfalls nicht viel von den prophylactischen Maassnahmen seitens der Hebammen; er möchte desshalb nicht zu viel verlangen. Es ist schwierig, eine Carbollösung richtig herzustellen. Die Desinfection der Kleider hält Prof. *Socin* für unmöglich und schlägt desshalb Ueberkleider vor, die waschbar sind. Im Uebrigen wundert er sich, dass man hier nicht öfter von den nicht flüchtigen antiseptischen Mitteln in Pulverform Gebrauch macht. Die Hebammen will er nicht für jeden Puerperalfieberfall ohne weitere Untersuchung verantwortlich machen.

Dr. *Baader* hält die Schwierigkeiten der prophylactischen Behandlung durch die Hebammen für nicht unüberwindlich. Er rügt, dass, wenn der Arzt seine Pflicht thut und die Hebamme verklagt, die Sache vor der obern Instanz nicht gehörig verurtheilt wird. Fernerhin bespricht er noch einige theoretische Punkte über das Puerperalfieber, namentlich auch seiner Diagnose zur Verwerthung bei der Morbiditätstatistik.

Dr. *Schneider* nimmt seinen Austritt aus der Gesellschaft, weil weggezogen.

Die Gesellschaft beschliesst, dass die Arbeit über die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Basel dem Sanitätsdepartement vorgelegt werde.

Sitzung vom 6. Juli 1882.

Anwesend 23 Mitglieder.

Prof. *Roth* referirt über den Jugendzustand des Bothriocephalus latus. Wie lange bekannt, sitzen freie Bothriocephalen im Hecht und in der Trüsche, auch in deren Musculatur. *Braun* in Dorpat brachte den Wurm durch Verfütterung an den Hund neuerdings zur Entwicklung. Die Frage, warum der Wurm nur an gewissen, nicht an allen Seen vorkommt, ist dabei ungelöst.

Derselbe spricht über Actinomycosis. Er giebt zunächst eine kurze Uebersicht über die Entwicklung der Schimmelpilze, dann eine ausführliche über die Geschichte ihrer Entwicklung im menschlichen Körper von ihrer Entdeckung in der Submucosa durch *Virchow* an, der Entdeckung ihrer Malignität durch *Grohé* bis zu den neuen Ansichten von *Grawitz, Koch* und *Lichtheim*. Am förderndsten erwies sich in der Pilzlehre „die Controle der Aernte“ von *Koch*. Als gutartig bei der Invasion im menschlichen Körper erwies sich Aspergillus glaucus, als bösartig Aspergillus fumigatus; über Penicillium ist man noch nicht im Reinen.

Die Strahlenpilzkrankheit, Actinomycosis, wurde 1876 von *Bollinger* entdeckt, zunächst am Thier, kurz nachher am Menschen. Er fand sie als charakteristische Pilzrasen im Kiefersarkom des Rindes, indem in jedem der spongiösen Maschenräume ein Pilzklümpchen steckt mit mäandrischem Mycelium und charakteristischen Conidien; die Umgebung, ein Granulationsgewebe, ist als Reaction auf die Pilzwucherung zu betrachten. Der Process kann beim Rind metastasiren.

1876 entdeckte *Israël* die Krankheit auch beim Menschen, zunächst unter dem Bilde einer chronischen Pyæmie mit massenhaften Abscessen am Körper, welche viele gelbe Körner — eben die Pilzrasen — enthalten; dann in einem andern Fall

am Kiefer, wobei vielleicht ein infectiöser Zahn die Eingangspforte bildete. Vier weitere Beobachtungen von *Ponfick* folgten. Bis jetzt sind 17 Fälle von Actinomycosis beim Menschen bekannt, von welchen 8 geheilt wurden und 9 starben. Die geheilten Fälle beziehen sich auf die Kiefergegend; die ungeheilten fangen ebendort an, aber auch anderswo, verlaufen z. B. als Pneumonie, welche chronisch wird und schliesslich durchbricht, oder als Caries; der Process ist hier ungünstig, weil dem Herde nicht beizukommen ist. Bei dem Menschen wird der Process bösartig, weil sich derselbe nicht allein in der Continuität, sondern auch durch Contiguität fortpflanzt, ferner durch die Metastasen. Anders beim Rinde, hier ist der Process gutartig. Charakteristisch für die Diagnose sind die gelben Körner. Die Infection geht am wahrscheinlichsten von der Mundhöhle oder von den Lungen aus. Die Krankheit ist eigenartig, lässt sich am ehesten mit Rotz vergleichen; auch dieser kommt bei Thier und Mensch vor und ist ebenfalls im Habitus bei Thier und Mensch sehr verschieden. — Macro- und microscopische Präparate verschärfen noch das klare Bild.

Dr. *Carl von Sury* in Allschwyl demissionirt wegen seines Wegzuges als ausserordentliches Mitglied.

Dr. *Hoffmann* wird zum Mitglied gewählt, Dr. *Theodor Schneider* — jetzt in Langwies — zum Ehrenmitglied.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.[1])

1. Sitzung des Wintersemesters 14. November 1882 bei Webern.

Präsident: Prof. *Pflüger*. Actuar: Dr. *Ost*.

Anwesend 12 Mitglieder.

I. Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

II. Prof. Dr. *Pflüger* demonstrirt:

1) Das neue Refractions-Ophthalmoscop von *Loring* aus der optischen Werkstätte von Dörffel in Berlin.

2) Die hübschen rothen mit schwarzem Felde am Stielende versehenen Samen des Sequirity (abrus precotorius), einer aus Asien und Afrika nach Amerika verpflanzten Leguminose. *Wecker*, durch einen frühern Patienten auf den Gebrauch, den die Eingeborenen Brasiliens gegen die granulöse Ophthalmie von diesen Körnern machen, aufmerksam geworden, empfiehlt die Anwendung ihres Infuses zur örtlichen Application gegen Trachom sehr warm. Mit Hülfe dieses Infuses lässt sich eine künstliche purulente Ophthalmie erzeugen, die in ihrer Violenz nach Wunsch zu dosiren ist. *Wecker* hofft die Inoculation von blennorrhoischem Secret, welche zur Aufhellung von altem trachomatösem Pannus empfohlen worden, aber stets von der grössten Gefahr für das Auge begleitet ist, durch die dosirbare und unschuldige Sequirityophthalmie zu verdrängen.

3) Den Stammbaum[2]) einer Familie, in welcher bis zum Jahre 1750 hinauf die erbliche Hemeralopie nachgewiesen werden kann. Die Affection zeigt in ihrer

[1]) Eingelangt im December 1882. Red.

[2]) Dieser Stammbaum wird in dem demnächst erscheinenden Bericht der Augenklinik in Bern für's Jahr 1881 in extenso mitgetheilt werden.



Vererbung dasselbe Gesetz, welches *Horner* für zwei Familien mit Roth-Grün-Blindheit nachgewiesen hat. Das Leiden befällt ausnahmslos nur Männer, wird aber von diesen nie direct auf ihre Söhne übertragen, sondern muss ein Latenzstadium von wenigstens einer weiblichen Generation durchmachen. Der einfachste Typus ist der, dass der Vater das Leiden durch seine Töchter auf seine Enkel fortvererbt.

Die Hemeralopie, die stets mit hochgradiger Myopie verbunden ist, kann aber auch in 2, 3 oder gar 4 auf einander folgenden weiblichen Generationen schlummern, um nach mehr als einem Jahrhundert wieder in einer männlichen Generation aufzuwachen.

4) Ein 14 Tage altes Mädchen mit einem congenitalen Colobom des rechten obern Augenlids und einem Dermoid auf Cornea und Sklera des rechten Auges.

Nach der Nase zu existirt ein rudimentäres Stück des Oberlides mit einer papilla lacrimalis; von da fehlt nach der Schläfe zu auf eine Strecke von 14 mm. jede Bedeckung des Bulbus; an Stelle des Lides findet sich ein cutisartiges Schaltstück, das bis zum Cornealrand reicht. Nach aussen davon existirt ein rudimentäres Oberlid, mit Cilien, Tarsus, Conjunctiva, von der horizontalen Stellung in eine verticale verschoben. Feine Wimperhäärchen analog denen des zweiten normalen Auges finden sich in ihrer relativ zum Ciliarrand richtigen Lage. Vom Defect nach oben aussen zieht eine Furche, oben mit einer fast horizontalen Linie begrenzt; narbenähnlich ist hier die Haut etwas fester mit der Unterlage verklebt als die der Umgebung; sie tritt daher ausserordentlich deutlich beim Weinen des Kindes hervor, wo sie eine Tiefe von mehreren Millimetern annimmt. Das Kopfhaar reicht auf der rechten Stirnhälfte in spitzem Winkel bis zum Margo orbitalis herunter; die untersten dieser dunklen Kopfhaare reichen bis auf die Cornea. Das Bild macht den Eindruck, als ob die Stirnhaut und mit ihr auch die behaarte Kopfhaut durch einen pathologischen Zug nach unten verschoben worden wäre.

Die Schädelknochen bieten einige Abnormitäten dar. Zunächst sind die beiden Fontanellen ausserordentlich klein. Die beiden Frontalia grenzen nicht durch eine regelrechte Pfeilnaht an einander, sondern die Ränder derselben verlaufen nach vorn divergirend in unregelmässiger Linie; namentlich ist die scharfe Begrenzungslinie des rechten Stirnbeins sehr deutlich zu fühlen. Der dreieckige Zwischenraum zwischen diesen Rändern ist durch eine tiefer liegende, wahrscheinlich der innern Tafel entsprechende knöcherne Masse ausgefüllt. Die Nase erscheint ähnlich wie bei gewissen Hundearten gespalten, aus zwei neben einander liegenden, nicht mit einander communicirenden Röhren gebildet. Die rechte Nase ist gegenüber der linken verkümmert. Andere Spaltbildungen im Gesichte oder Spuren von solchen sind keine nachzuweisen.

Anschliessend wurde ein Ueberblick über die 23 bisher beschriebenen, von *van Duyse* jüngst zusammengestellten Fälle von Lidcolobom gegeben und eine Anzahl derselben in Abbildung vorgezeigt. Die Hypothese von *van Duyse*, dass das Lidcolobom sowie das epibulbäre Dermoid einer circumscripten pathologischen Adhärenz des Amnion am Integument der Augenblase beim Embryo seine Ent-



stebung verdanke, scheint mehr als jede andere durch den demonstrirten Fall gestützt zu werden.

In der Discussion findet Dr. *Dick* die Hypothese von amniotischen Adhärenzen zur Erklärung solcher angeborener Missbildungen sehr plausibel analog den Abschnürungen und Selbstamputationen, welche durch amniotische Stränge zu Stande kommen.

Prof. *Demme* glaubt, dass die Annahme solcher amniotischer Briden kaum alle Fälle genügend erkläre, wahrscheinlich spielen noch andere Momente beim Zustandekommen solcher Abnormitäten mit.

Dr. *Conrad* erinnert an einen Fœtus, den er vor mehreren Jahren dem Verein demonstrirt hatte und bei welchem zahlreiche Adhärenzen des Amnion mit den verschiedensten Körpertheilen und inneren Organen, wodurch Eventration zu Stande gekommen war, vorhanden gewesen seien. Auch er hält die Hypothese von *Duyse* für die beste zur Erklärung solcher Vorkommnisse.

Auf die Anfrage von Dr. *Ziegler* bezüglich der einzuschlagenden Therapie bemerkt Prof. *Pflüger*, dass er plastisch operiren werde und skizzirt kurz den Operationsplan.

III. Prof. *Demme* legt dem Verein Proben eines vom hiesigen Bäckermeister Rindlisbacher angefertigten Krankenbrodes vor. Die kleinen Brödchen sind nach der Vorschrift von *Wiel*, wie sie in der *Wiel*'schen Krankenanstalt bei Zürich verabreicht werden, hergestellt und stellen ein sehr leichtes, gut durchgebackenes, daher für die Verdauung zuträgliches Backwerk dar.

Auf die Vermuthung von Prof. *Demme*, es würde bei der Bereitung des Brodes behufs stärkeren Treibens kohlensaurer Kalk und Salzsäure beigesetzt — das genaue Recept wird geheim gehalten — entgegnet Dr. *Ziegler*, dass in Folge des sich so bildenden Chlorcalcium das Brod feucht werden müsste. Die Leichtigkeit und in Folge des starken Backens gute Haltbarkeit des Brodes lasse dasselbe auch empfehlenswerth erscheinen für die Truppen im Felde an Stelle des Soldatenzwiebackes, vor welchem es eine weit grössere Schmackhaftigkeit voraus habe.

Schluss der Sitzung 10½ Uhr.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Präsident: Dr. *O. Haab*. Actuar: Dr. *Kaufmann*.

3. Sitzung, den 2. December 1882. [1])

Dr. *Goll* referirt über die neue Ausgabe der Pharmacopoea Germanica:

Wenn das so stark und gross gewordene deutsche Reich eine neue Ausgabe seiner erst 10 Jahre alten Pharmacopoë veranstaltet, bedeutet das sicher einen gewaltigen Fortschritt, der nicht verfehlen wird, auch auf andere Länder einen Einfluss auszuüben. Auch die Schweiz wird sicher davon profitiren können, wenn es bald einmal dazu kömmt, eine Editio tertia Ph. Helv. vorzubereiten. Bei der Summe von wissenschaftlicher Bildung, Intelligenz und stetiger Arbeit, welche auf

[1]) Erhalten 19. December 1882.

jene neue Ausgabe verwendet wurde, verlohnt es sich wohl der Mühe, sich dafür eingehender zu interessiren.

Die Editio altera Ph. G. tritt mit dem 1. Januar 1883 in Kraft und damit erlischt die erste Ausgabe, welche 1872 im November gesetzliche Kraft hatte. Ihre Redaction erforderte drei volle Jahre und es haben daran 6 Kliniker, 6 Aerzte, 6 Pharmacologen, 6 Chemiker, 6 Apotheker, 2 höhere Militärärzte und 1 höchster Militärapotheker gearbeitet.

Zunächst wurden die verschiedenen deutschen Bundesregierungen eingeladen, durch das Mittel ihrer medicinischen und pharmaceutischen Kreise, namhafte Lehrer und Gelehrte, Kliniker und Apotheker sich darüber zu äussern, welche Zweifel und Mängel bei der Anwendung der bisherigen Pharmacopoë hervorgetreten seien und welche Bereicherung des Arzneischatzes wünschenswerth wäre. Diese Eingaben dienten der oben genannten Commission als Grundlage ihrer ersten Berathungen. Aenderungen und Zusätze wurden vorgeschlagen; die Vorlage gedruckt und namentlich einer grossen Zahl Aerzten und Apotheker-Vereinen vorgelegt. Das sehr umfangreiche Material, welches mehrere Bände umfasste, diente der Commission in der zweiten Berathungsperiode. Auch experimentelle Bearbeitung einzelner Artikel wurde verlangt und selbst Mittel für die Thierheilkunde dabei eingefügt. Auf Grundlage einer solch' wirklich colossalen Arbeit hatte die bestellte Commission das Werk zu Ende geführt und streng wissenschaftliche Gesichtspuncte systematisch eingeführt. Merkmale, Kennzeichen, Beschaffenheit und Reinheit für die Rohdroguen; physicalische und chemische Eigenschaften und wenn nöthig die Vorschriften zur Darstellung bei Präparaten; alsdann Prüfung, Reactionen, Aufbewahrungsort und Maximaldosen. Man sieht es wahrlich dem schmächtigen Bande von nur 308 Seiten nicht an, welche Mühe es gekostet hat, 600 Arzneistoffe auszuwählen und zu kennzeichnen. Die erste Ausgabe zählte auf 386 Seiten 909 Präparate; somit sind nicht weniger als 310 Präparate eliminirt worden und gerade in dieser Thatsache liegt der gewaltige Fortschritt. Das Weglassen früher gebräuchlicher Mittel betrifft zum grossen Theil sogenannte *Galen*'sche Mittel, wie folgt:

5 Syrupe, 5 Fructus, 5 Cerate, 6 Folia, 9 Herbæ, 9 Liquores, 10 Radices, 12 Olea, 15 Emplastra, 16 Extracta, 17 Unguenta und 18 Tincturæ; daneben noch Flores, Pastæ, Pulveres, Oxymel etc. Ferner sind weggeblieben: Aethylen. chlorat., Aq. Laurocerasi, Aq. Goulard., Carbo animal., Chinin. tannic., Fel. tauri; Ferr. citr. und F. pyroph., Fungus Laricis, Cinnab., Magnes. lact., Morph. acet., Mucilag, Cydon, Ol. junip. empyreum, Tartar. ferrat., Terebinth. com., Zinc. ferrocyan.; Zinc. lact. als besonders zu erwähnen.

N e u   a u f g e n o m m e n sind: Acid. carbolic. liquefactum (10 : 1), Acid. formic. zur Bereitung des Spirit. formicar., Acid. pyrogallic., Acid. salicylic., Aether Petrolei (anstatt Benzin), Alumin. sulfur. zur Bereitung des Liquor alumin. acetic., Ammon. bromat.; Amylum nitrosum, Apomorphin hydrochl.; Aqua carbolisata 3%, Calcium phosph. crud.; Charta sinapisata; Chrysorobin; Cort. Condurango, Folia Jaborandi; Gossypium depurat.; hydrarg. cyanatum; Kali bichromic.; Linim. terebinthin.; Liquor Alumin. acetic. enthält $7\frac{1}{2}$% bas. essigs. Thonerde; Liquor corrosivus (nach



Villat), Liquor ferri oxychlor. an der Stelle des Liq. ferr. dialys.; Liquor Natrii silicici (Wasserglas), Manganum sulfur.; Natrium benzoic.; Natr. bromat.; Natr. jodat.; Natr. salicylic.; Ol. cantharidat., Oleum Rapae; Paraffin. liquid. u. Paraffin. solid., beide z. Ber. der Vaseline-Salbe; Pepsin; Percha lamellata (Guttaperchapapier), Physostygmin. salicylic.; Pilocarpin. hydrochlorat.; Plumb. acet. crudum; Podophyllin; Pulvis salicyl. c. Talco; Resina Damar; Sal. Carolinum facticium; Sapo Kalinus; Secale cornutum (entfettet, so dass es 40% stärker ist), Spiritus vini Cognac (von 45% Alcohol), Syrupus Sennæ; Talcum; Thymolum; Tinctura Veratri; Unguent. Paraffini (Vaseline) nur als Constituens f. d. Ung. Cerussæ, Cer. camphor., hydrarg. alb. et Ung. hydr. rubr., Kalii jodat. und Tart. stibiat.

Daneben sind Verbesserungen und Vereinfachungen der mannigfachsten Art vorgenommen worden, ferner für die Cortex Chinæ, Castoreum, flor. Malvæ, fol. Sennæ u. a. Droguen veränderte Abstammung erlaubt, so dass mancher Arzneistoff jetzt auch aus andern Ländern bezogen werden darf.

Der lateinische Text, obschon mit klassischer Sprachkenntniss abgefasst, zeigt seit dem Erscheinen der deutschen Ausgabe (welche dem ersteren zu Grunde gelegt war), einige unbedeutende Unrichtigkeiten,[1] welche gegenüber den ungeheuren Vorzügen nicht der Erwähnung werth sind. Es ist hier nicht der Ort, die zahlreichen Fortschritte und gewaltigen Verbesserungen einzeln anzuführen und begnüge ich mich, nur Einiges zu erwähnen. Der Text ist kurz und deutlich und enthält durchaus nichts Ueberflüssiges oder Unklares; er erwähnt nur dann eine Bereitungsweise, wenn von deren Art die Qualität der betreffenden Präparate abhängig ist. Man darf also annehmen, dass die meisten Präparate in chemisch-pharmaceutischen Laboratorien oder Fabriken so hergestellt sein müssen, dass sie den Anforderungen der Pharmacopœ entsprechen. Das lege artis muss ja jeder Apotheker aus dem ff kennen und überlässt ihm die gesetzliche Vorschrift gerne das rationelle Verfahren zur Herstellung complicirter Präparate. — Ueber die Sammelzeit der wirksamen Pflanzenstoffe ist nichts angeführt und das ne ultra annum servetur mit Ausnahme der Digitalis, Lupulin und Rhizom. filicis weggefallen.

Nicht genug zu loben sind die genauen Bestimmungen über die Erkennungs- und Prüfungsmethoden der Arzneistoffe.

Die Maassanalyse durch Titriren ist beim Bestimmen des Säuregehalts, der Alcalinität u. a. Eigenschaften mehr jetzt gesetzlich eingeführt. Dies Verfahren wird von den Neuern begrüsst, aber von den Aeltern wahrscheinlich bespöttelt werden.

Gerne wüsste ich die Gründe, warum folgende gewiss nützliche Präparate in der neuen Auflage weggelassen wurden: Aqua phagadænica; Carbo animalis; Cort. Cinnam. Ceyl.; Chininum tannicum; Empl. adhæs. anglic.; Extr. ligni Campech.; Extr. Malti; Extr. Ratanhæ; Ferr. pyroph. c. am. citr. (zu subcutanen Injectionen in Fällen von Anæmia pernicios. sehr wirksam); Guarana; Natrum subsulfurosum; Oleum junip. empyrem. (huile de Cade), Pilulæ ferrat. Valetti, Pilul. drast.

[1] Vergl. *E. Mylius*, Pharmaceutische Centralhalle, der mit „gewohnter Schärfe" kritisirt.

jalap.; Pulv. Doveri c. Kali sulf., Syrup. Citri; Syrup. ætheris; Tartar. ferrat. (Globul. martial. so wichtig für sog. Stahlbäder), Tinct. Belladonnæ; Tr. digital. æth.; Unguent. narcot.; Vinum ferrat. und Zinc. cyanat.?

Eher zu eliminiren wären dagegen folgende Arzneien gewesen: Acet. pyrolign.; Acidum lactic.; Amylium nitrosum; Balsam. Nuecetæ; Castoreum; Cort. Condurango; Cupr. oxydat; Elixir e succo liquir.; Extract. chinæ aquos; Extr. helenii; Graminis; Fruct. Rhamni cathart.; herba Cochlear. Conii, Lobeliæ, Lignum Sassafras, Mangani sulf.; Oleum Cocos; Oleum Nuecetæ; Rad. Helenii, Resina Damar, Stibium sulfurat. nigr., Tinct. colchici, Croci, Ung. basilicum; Rosmarini comp.; Ung. Terebinth.; (denn wer verbindet heutzutage noch Wunden und Geschwüre damit?) Vinum Colchici.

Allerdings gibt es auch Gunst, Mode und Ungunst für gewisse Arzneistoffe; aber jede Zeit trägt ihren Stempel und zeichnet deutlich ihre Anschauungen und Erfahrungen. Die meisten Apotheker halten ja überdies mehr Stoffe vorräthig als vorgeschrieben sind, aber die Garantie ihrer Reinheit und Güte gibt nur die gesetzliche Vorschrift der Pharmacopœ.

Mögen unsere Behörden seiner Zeit die vorliegende Pharmac. German. ed altera als nachahmungswerthes Muster zu Grunde legen und auf dem Wege des Fortschrittes der grösseren Einfachheit und Beschränkung unserer Heilmittel das Wort reden. Erlauben Sie mir bei einer andern Gelegenheit, mich darüber genauer aussprechen zu dürfen.

In der Discussion betont Prof. *Schär*, dass die neue deutsche Pharmacop. in speciell pharmaceutisch-chemischer Beziehung einen grossen Fortschritt verzeichne, so dass man bei einer neuen Auflage unserer schweiz. Pharm. zunächst auf diese deutsche fussen müsse. In letzterer ist eine besondere Sorgfalt auf die chemische Prüfung der Medicamente verwendet, so dass stets bei der qualitativen noch eine Art quantitativer Prüfung vorgenommen wird.

Herr Dr. *Grimm* (Enge), der ein Jahr abwesend war, wird wieder in den Verein aufgenommen.

Schluss der Sitzung 9 Uhr.

Verein der Aerzte am Zürichsee.[1])

Bereits im Laufe des vergangenen Sommers haben Sie sich an unsern Präsidenten gewandt mit dem Wunsche, über den „Verein der Aerzte am Zürichsee" einige Notizen zu erhalten. In der Augustsitzung wurde der Unterzeichnete als Actuar aufgefordert, Ihrem Wunsche Folge zu leisten. Wenn dies erst jetzt geschieht, so muss ich die Verantwortung ganz auf mich nehmen und bitte Sie blos, meine Gründe, welche ich als Entschuldigungen anführen könnte, auch ungehört als triftige anzunehmen.

So viel mir bekannt, ist heute zum ersten Mal in den Spalten des Corr.-Bl. vom ärztlichen Verein am Zürichsee die Rede und ich erlaube mir deshalb, einige historische Daten über Gründung und bisherige Thätigkeit desselben anzuführen.

[1]) Erhalten den 18. December 1882.



Merkwürdigerweise hat am Zürichsee, der sowohl durch leichte Verkehrswege einerseits, als auch durch eine grosse Anzahl tüchtiger Aerzte, denen weder wissenschaftliche noch gesellige Fähigkeiten abgingen, von jeher bevorzugt war, erst spät das collegialische Leben in Form eines Vereins bestimmte äussere Gestalt angenommen. Wohl haben, wie ich höre, früher mehrmals solche Versuche stattgefunden, aber entweder entwickelte sich dabei eine Eintagsfliege, oder die Gesellschaft wurde, wie dies einmal vorkam, dem ursprünglichen Zweck untreu, und verwandelte sich in einen Lesecirkel. Was daran schuld war, vermag ich nicht anzugeben; möglich, dass gerade die Nähe einer Universitätsstadt, wo Jeder wohl seine Anzahl Studienfreunde und sonstige verwandte Seelen zurückgelassen hat, denen er lieber seine freie Zeit widmet als einer Vereinigung, in die man sich erst hineinleben muss, für eine collegialische Vereinigung auf dem Lande ein Hinderniss war.

Erst im Jahre 1871 wurde die jetzige Gesellschaft gegründet und existirt heute noch wesentlich unverändert nach den Principien, die ihre Gründer fixirt haben. Im September 1871 luden die Herren DDr. *Schoch* in Meilen, *Baumann* in Meilen, *Kündig* in Männedorf und *Hüni* in Horgen eine Anzahl ihnen befreundeter Collegen nach Horgen ein zu einer Besprechung und Berathung über die Art und Weise, wie eine wissenschaftlich-gesellige Vereinigung der Aerzte am Zürichsee in's Leben treten könnte. In dem Aufruf ist in richtiger Voraussicht auf die Zukunft betont, dass wohl in nicht zu ferner Zeit Fragen an den ärztlichen Stand heran treten werden, die ihn zwingen könnten, geschlossen aufzutreten, um seine Interessen zu wahren und das Publicum vor den Zudringlichkeiten theoretisch-democratischer Schwindler sowohl, wie frecher Curpfuscher zu schützen.

Dem Aufruf folgten 12 Aerzte und Apotheker beider Seeufer, und am 31. October 1871 fand die constituirende Sitzung im Löwen in Meilen statt. Als erster Paragraph wurde stipulirt: die medic. Gesellschaft am Zürichsee stellt sich zur Aufgabe wissenschaftliche Fortbildung und Pflanzung collegialischen Sinnes, sowie Wahrung der Interessen des ärztlichen Standes.

Dieser Zweck soll erreicht werden durch regelmässige Zusammenkünfte, bei welchen von den Mitgliedern theils Vorträge, theils kleinere Mittheilungen aus der Praxis geliefert werden. Die Sitzungen sollten monatlich einmal stattfinden, was sich in der Folge jedoch nicht halten liess, und man beschloss, je alle 2 Monate Sitzungen abzuhalten. Zur Leitung des Vereins wurde ein Präsident, ein Actuar und ein Ersatzmann gewählt, die alljährlich wechseln sollten, indess hat sich der Verein in dieser Beziehung conservativ erwiesen und seinen jeweiligen Vorstand lange beibehalten. So haben wir als Präsidenten bis jetzt nur 3 gehabt, die Herren Dr. *Häusser* sen., Dr. *Lüning* sen. und Dr. *Kündig*; etwas häufiger wechselten die Actuare, welches Amt die Herren *Schoch*, *Ganz*, *Appert* und *Suter* bisher verwalteten; Dr. *Baumann* functionirte als Ersatzmann bis voriges Jahr. Der gegenwärtige Vorstand besteht aus den Herren Dr. *Brunner* jun. in Küssnacht, Präsident, Dr. *Jenni* in Wädensweil, Ersatzmann und dem Unterzeichneten als Actuar.

Dies in kurzen Zügen das äussere Bild des bisherigen Vereinslebens. Werfen wir nun einen Blick zurück auf das hinter uns liegende Decennium der Vereins-



thätigkeit, so können wir uns wenigstens mit Befriedigung sagen, dass für einen Verein auf dem Lande, der nur aus Practikern zusammengesetzt ist, die als „Mädchen für Alles" sich überall etwas sattelfest fühlen müssen, Genügendes geleistet wurde. Natürlich ist es, dass wir weit zurückstehen müssen hinter den Leistungen städtischer Gesellschaften, die Specialisten und Kliniker in ihrer Mitte zählen. Mit Freude habe ich aber beim Durchblättern früherer Protocolle gefunden, dass keine der epochemachenden Erscheinungen von practischem oder allgemeinem medicinischem Interesse, welche in den letzten 10 Jahren die medic. Welt bewegten, spurlos an unserm Verein vorbeigegangen ist. Je nach Neigung und speciellem Interesse haben sich immer Mitglieder gefunden, die an ihrem Posten standen zur Beobachtung der neuen Ereignisse und Fortschritte, und die bereitwillig den Collegen mittheilten, was aus ihren Studien von allgemeinem Nutzen war.

So waren es im Anfang der siebziger Jahre, als die Erkenntniss der Krankheiten des Nervensystems und des Gehirns anfing aus ihrem Chaos herauszutreten und klarer umschriebene, lichtvollere Bilder zu bringen, besonders die Herren *Schoch* und *Kündig*, die oft den Verein mit ihren Vorträgen, theils aus gelesenen Werken, theils aus der Praxis erfreuten. Ebenso zeigte sich die Einsicht, dass dem früheren plan- und verständnisslosen Herumtasten auf gynæcologischem Gebiet ein Ende bereitet werden müsse, in vielen grössern und kleinern Mittheilungen aus der Praxis, die theils gut gemeint, theils wirklich nützlich waren. Die stärksten Wogen der Discussion warf schon im Jahr 1871 ein Vortrag über *Lister*'sche Wundbehandlung von Dr. *Irminger* jun. auf, welcher aus einem Operationscurs in Bern zurückgekehrt, das nöthige Verbandmaterial und die Apparate vorzeigte. Natürlicherweise machte sich energische Opposition und Schütteln des Kopfes einerseits, und freudiges Zustimmen anderseits geltend, und man kann gerade aus dieser Discussion die Lehre ziehen, wie sehr man sich als Arzt zwingen muss, mit ruhiger objectiver Kritik an die neuen Errungenschaften auf dem Gebiet der Medicin heranzutreten, denn wohl alle damaligen Gegner würden sich heut zu Tage nicht mehr unterstehen, gegen die antiseptische Behandlung zu sündigen, und die Schwärmer für den „*Lister*" haben wohl auch sämmtlich begriffen, dass nicht dies einzelne System, sondern das antiseptische Princip die wichtige, bleibende Errungenschaft ist.

Auf dem Gebiete der Arzneimittellehre endlich wurde auch mancherlei — sagen wir geleistet —; es genügt anzuführen, dass eine Anzahl enthusiastisch empfohlener Mittel heute bereits antiquirt sind, doch wollen wir immerhin bemerken, dass von Dr. *Suter* über Bromkalium, und von Dr. *Jenni* über Pilocarpin bei Diphtherie verdankenswerthe Mittheilungen gemacht wurden. In neuerer Zeit wurden von unserem Präses Dr. *Brunner* zwei sehr interessante Vorträge über folliculären Darmcatarrh und Casuistik der Leberabscesse gehalten.

Schliesslich erlaube ich mir eine Frage, die in einer unserer letzten Sitzungen eine erregte Discussion hervorrief, der Erörterung weiterer medicinischer Kreise nahe zu legen. Es handelte sich um eine ausgedehnte Epidemie von V a r i c e l l e n in Wädensweil und Richtersweil, und es wurde hierbei mehrfach ein Verlauf mit hohem Fieber, Bildung von Bläschen mit eitrigem Inhalt und Zurücklassung einer



Delle beobachtet. Mit Recht warf hiebei Dr. *Landis* die Frage auf, welches eigentlich das entscheidende differential-diagnostische Merkmal zwischen dieser Form der Varicellen und der eigentlichen Variolois sei. In der Discussion wurden von den sämmtlichen Collegen, die schon Gelegenheit hatten, ächte Variolois zu beobachten, genau und klar umschriebene Merkmale nicht beigebracht, und es zeigte sich, dass bei der Diagnose in den Fällen, wo wirkliche Schwierigkeiten bestanden, was allerdings eine kleine Zahl ist, männiglich auf vorhergegangene Impfung zum Ausschluss von Variolois abstellte. Mag diese Ansicht bequem und practisch vielleicht richtig sein, wissenschaftlich ist sie jedenfalls nicht, und es wäre wohl einer Erörterung von competentester Seite werth, um diese Frage klarer zu stellen. Ich würde es mir zur Ehre anrechnen, dürfte ich hiedurch einen Mitarbeiter Ihres Blattes dazu veranlassen. [1])

Bei diesem Anlass will ich nicht ermangeln zu erwähnen, dass sowohl bei dem cantonalen Kampf um den Fortbestand des Impfzwanges im Jahr 1880, als auch bei dem eidgenössischen in diesem Sommer, unser Verein auf seinem Posten stand, indem in der letzten Junisitzung beschlossen wurde, sich mit dem Vorstand des cantonalen Vereins in Verbindung zu setzen, behufs Erlass eines Aufrufes, der von allen Aerzten unterzeichnet werden sollte. Wie Sie vielleicht wissen, hatte diese Bemühung Erfolg, und es erschien vor der Abstimmung ein mit wenigen Ausnahmen von allen Aerzten unterzeichneter Aufruf zu Gunsten des Gesetzes.

Der in den Statuten ebenfalls fixirten Bestimmung, die Interessen des ärztlichen Standes zu wahren, ist der Verein auch nachgekommen, so zum Beispiel in der Frage der Taxordnung, wo er sich ganz entschieden für Revision und Erhöhung der Taxen aussprach.

Indess scheint bei dieser Angelegenheit vorläufig nichts erspriessliches zu resultiren, und es wird wohl schliesslich der Berg eine Maus gebären, denn bereits seit 5 Jahren fliegt diese Frage wie ein Weberschiffchen von den Bezirksgesellschaften zur cantonalen und von dieser zurück, ohne bis jetzt das geringste Gewebe zu Stande gebracht zu haben.

Ein zweites Mal hatten wir uns im Jahre 1880 bei Anlass der Behandlung eines neuen Gewerbegesetzes vor dem Cantonsrath in Verbindung mit der cantonalen Gesellschaft unserer Haut zu wehren und das Gespenst der freien Medicin von uns und dem Volke fern zu halten.

Dies ist in kurzen Zügen das Bild des bisherigen Vereinslebens, und wenn es mangelhaft ist und stellenweise Lücken zeigt, so bitte ich, mich zu entschuldigen; als eines der jüngsten Mitglieder des Vereins konnte ich eben grösstentheils nicht selbst Erlebtes mittheilen, sondern relata refero.

Wädensweil, 4. December 1882. Dr. *Heusser* jun., Actuar.

Wir würden uns sehr freuen, wenn der geehrte Herr College regelmässig über die Verhandlungen Bericht erstatten wollte. Gerade diesen kleinern Vereinen fällt eine grosse Aufgabe zu: sie halten uns über die oft genug trüben Wasser des

[1]) Vide Corr.-Bl. 1880, pag. 613 u. f. Red.



Tages, wenn auch den Verhandlungen der Tenor academischer Vorträge zuweilen abgehen mag, so spricht das noch lange nicht dafür, dass das Referiren über sie nicht auch berechtigt und nützlich sei. Redact.

Referate und Kritiken.

Ueber Ernährung und Ernährungsdyscrasien.

(Kritische Bemerkungen über einige literarische Novitäten.)

III. Rachitis, practische Beiträge zur Kinderheilkunde, von Dr. *Ad. Baginsky.* Tübingen, Laup'sche Buchhandlung, 1882.

Diese häufige Kinderkrankheit ist in letzter Zeit sowohl an ärztlichen Congressen als auch in vielen grössern Kinderheilanstalten der Gegenstand eifrigsten Studiums geworden. Leider gehen die Ansichten über Aetiologie und Wesen der „englischen Krankheit" auch gegenwärtig noch so weit auseinander, dass der practische Arzt aus dem Studium der neuesten Literatur in therapeutischer Hinsicht nur wenig Nutzen ziehen kann. Trotzdem wollen wir der vortrefflich geschriebenen Arbeit *Baginsky*'s (120 S.) unsere volle Aufmerksamkeit schenken. Es handelt sich hier nicht nur um eine umfassende, genaue und objective Beleuchtung der verschiedenen Ansichten über Rhachitis, sondern um das werthvolle Résumé eigener Beobachtungen, die sich auf die Untersuchung an 627 rhachitischen Kindern stützen.

Wir übergehen das allgemeine Krankheitsbild und beschäftigen uns zunächst mit den werthvollen Beobachtungen *Baginsky*'s über das Wachsthum rhachitischer Kinder.

Der Körper derselben bleibt in der Entwicklung des Kopfes, des Thorax, der Körperlänge und des Körpergewichtes hinter derjenigen gesunder Kinder nicht erheblich zurück.

Dagegen ist die Differenz im Wachsthumsverhältniss zwischen Kopf und Thorax eines kranken Kindes für den rhachitischen Process charakteristisch.

Ganz besonders aber documentirt das Zurückbleiben des Körpergewichtes gegenüber andern, an sich schon durch Krankheit in ihrem Körpergewicht negativ beeinflussten Kindern, die tiefe Bedeutung des rhachitischen Processes für die Gesammternährung.

Nicht minder interessant sind die Resultate der Beobachtungen *B.*'s über den Zahndurchbruch.

Das Durchbrechen der Milchzähne verzögert sich bei Rhachitischen um mindestens 3 Monate; das gruppenweise Ausbrechen wird bei solchen nur selten beobachtet.

Die rhachitischen Kinder haben nur dann normale Zähne, wenn der rhachitische Process erst zu einer Zeit beginnt, wo die Zahnungsperiode schon abgeschlossen ist.

Die Untersuchungen *B.*'s am Skelett ergaben eine Bestätigung der Ansichten *Ritter*'s und *Fleischmann*'s über das Verwachsen der Fontanellen und der Veränderung an den Kiefern rhachitisch Erkrankter. In der Regel sind aber diejenigen Theile des knöchernen Gerüstes am intensivsten betroffen, welche das grösste Wachsthum zeigen.

Unter den Anomalien der innern Organe sind gewiss diejenigen des Centralnervenapparates die auffallendsten, die sich oft nur in einer einfachen Störung der Blutcirculation des Gehirns, manchmal aber in einer eigentlichen Hypertrophie und nur ausnahmsweise in einer Sclerosirung des Gehirns manifestiren.

Eine ganz räthselhafte Erscheinung ist der Laryngospasmus, worüber *B.* wenig Licht zu verbreiten vermag. Zweifelsohne ist der Verfasser ein guter Diplomat, der allen Autoren, die sich über diesen dunklen Punct ausgesprochen haben, in etwas Recht gibt! Nach ihm sind die Convulsionen bald anämischer Natur (*Langendorf* und *Zahnder*), bald die Folgen des Druckes einer abnorm entwickelten Vena jugularis (*Oppenheimer*), selten die Folgen von Hirndruck durch den erweichten Schädel (wie gesucht! *Elsässer*). Wohl am häufigsten werden die Reflexe durch die schweren dyspeptischen Anomalien (*Mayer* und *Primbram*) bedingt.

Unter den Anomalien des Circulationsapparates heben wir die sehr



weiten Arterien, das grosse Herz und die kleinen Lungen hervor; womit die Untersuchungen von *Benecke* und *Lorey* übereinstimmen.

Als die häufigste Abweichung von der Norm muss die Störung der Digestion bezeichnet werden, die für den krankhaften Process geradezu charakteristisch ist. Der Milztumor ist nach *B.* wohl ein häufiges, aber keineswegs constantes Symptom.

Gehen wir zur kurzen Besprechung der functionellen Störungen über. Leider hat die Fieberfrage durch *B.* keine Klärung erfahren; wir halten die zwei Fälle *(B.)* für ungenügend, um die bekannte Controverse beurtheilen zu können. Ebenso ungelöst ist die Frage von der „acuten Rhachitis", auf welche *Senator*, *Steiner* und *Forster* hingewiesen haben. Nach *Fürst* handelt es sich hier um einen Process, der sowohl vom pathologisch-anatomischen als auch vom klinischen Standpuncte aus mit der gewöhnlichen Rhachitis nichts zu thun hat.

Ungemein interessant sind die von *B.* mit grosser Gründlichkeit angestellten Controlversuche der Excretionsproducte Rhachitischer. Dieselben ergeben für den Harn folgende Resultate:

1) Das kranke Kind scheidet unter dem Einflusse dyspeptischer Zustände den Stickstoff leichter aus, als das gesunde; dagegen wird die Phosphorsäure retinirt.

2) Zwischen der Kalkausscheidung gesunder und kranker Kinder existiren keine Unterschiede (wie auffallend!).

3) Dagegen ist die Chlorausscheidung bei letztern vermindert.

Nicht minder auffallend sind die Resultate der Kothuntersuchungen. Es ergab sich nämlich eine vermehrte Kalkausscheidung, während der Phosphorsäuregehalt nicht vermehrt war.

Diese Resultate stimmen mit denjenigen *Neubauer*'s überein, widersprechen aber entschieden den Untersuchungen *Seemann*'s.

Die pathologische Anatomie der Rhachitis ist von *Baginsky* entschieden zu kurz behandelt worden. Die epochemachenden Untersuchungen *Virchow*'s über die Knochenveränderungen Rhachitischer haben auch heute noch ihren vollen Werth. *Strelzhof* und *Schwalbe* haben die *Virchow*'schen Grundsätze ausgebaut. Bedeutungsvoll waren in letzter Zeit die Arbeiten von *Kassowitz*. Wenn dieselben auch noch nicht allseitige Bestätigung gefunden haben, so darf man doch mit ziemlicher Sicherheit hervorheben, dass bis in die neueste Zeit in der ganzen Lehre von der Ossification die Bedeutung der Blutcirculation und Säfteströmung unterschätzt worden ist.

Vom pathologischen Standpuncte aus betrachtet, ist die Identität der sogenannten Rhachitis congenita mit der gewöhnlichen Rhachitis zu bezweifeln. Wir erinnern an die zahlreichen Untersuchungen *Eberth*'s.

Auch beim Studium der Aetiologie rhachitischer Zustände begegnet man den verschiedensten Ansichten. *B.* negirt sowohl die Erblichkeit *(Ritter)* als auch die kühne These *Parrot*'s, der die Rhachitis als eine Form congenitaler Syphilis hält. Die Hypothese *Parrot*'s hat wenig Verfechter, dagegen gibt man allgemein zu, dass Syphilis wie andere, mit bedeutender Schwächung des Organismus verbundene Krankheiten der Eltern prädisponirend auf die Entwicklung rhachitischer Zustände bei den Kindern wirken können. Auffallend ist die Zähigkeit, mit welcher *Parrot* seine Meinung bis zur heutigen Stunde festhält.

Auch *Oppenheimer*'s Vermuthung — Malaria und Rhachitis seien identisch — scheint wenig Anklang zu finden. Verfasser sucht vielmehr die Ursache einzig in den äussern Lebensbedingungen und erblickt namentlich in der fehlerhaften Ernährung das hervorragendste ätiologische Moment.

Im Capitel „Pathogenese und Wesen der Rhachitis" bespricht *Baginsky* die drei hervorragendsten Untersuchungsmethoden und deren Resultate. Augenscheinlich liegen drei Möglichkeiten des Untersuchungsganges vor:

1) Kann eine störende Beeinflussung der Ernährung gesunder Thiere Rhachitis erzeugen? *Trousseau* und *Guerin* sagen ja, *Trippier* antwortet mit nein!

2) Kann durch Entziehung gewisser integrirender Bestandtheile des Organismus, namentlich solcher, welche zur Knochenbildung und zum Knochenwachsthum Verwendung finden, Rhachitis hervorgerufen werden? *Roloff*, *Forster* u. s. w. bejahen die Frage —; *Wild* und *Weiche* widersprechen.

4

3) Kann auf künstlichem Wege durch directe Einführung von solchen Stoffen, von denen es feststeht, dass sie bei Störungen der Verdauung entstehen, Rhachitis erzeugt werden?

Heizmann, *Baginsky* u. A. bejahen — ; *Weiss* negirt. Welche Eintracht herrscht doch im medicinischen Gelehrtenhimmel!

Baginsky verräth auch bei diesen Streitfragen den gewandten Diplomaten. Er lässt die gefürchtete Kinderkrankheit durch die Combination sämmtlicher oben angeführten Methoden im kindlichen Organismus entstehen. Die Rhachitis ist eine „Dyscrasie, hervorgegangen aus einer Alteration der Gesammternährung, welche wiederum durch die mannigfaltigsten (siehe oben angeführte Untersuchungsmethoden!!), auf den jungen Organismus einwirkenden Schädlichkeiten bedingt ist."

Die „Prognose" und namentlich die „Therapie" werden mit einer auffallenden Kürze der Darstellung bedacht. Ein Forscher von der Bedeutung *B.*'s, dessen Beobachtungen sich auf ca. 700 Fälle erstrecken, dürfte dem pract. Arzte, der zuerst der Therapie nachfrägt, etwas mehr Anregung bringen. Das ist denn auch der einzige Vorwurf, den man der ausgezeichneten Arbeit des Verfassers machen kann.

IV. Pathologie und Therapie der Rhachitis. Von Dr. *Ludwig Fürth*, Docent an der Wiener Poliklinik. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Wien, 1882.

Wir können uns über diese (80 Seiten starke) Monographie, die aus academischen Vorträgen des Verfassers hervorgegangen ist, kurz fassen. Es handelt sich um eine den Stoff vollständig beherrschende, angenehme Brochure, die sich fast durchgehends nur mit einer kritischen Beleuchtung der verschiedenen Ansichten über Pathologie und Therapie genannter Krankheit beschäftiget. Eigenen Anschauungen und Forschungen sind wir nur selten begegnet. Während *Baginsky*'s Werk mehr für den Specialisten in der Kinderheilkunde berechnet ist, schreibt Dr. *Fürth* für den „gewöhnlichen", practischen Arzt. Derselbe findet denn auch das Capitel Therapie mit grossem Fleisse behandelt.

PS. des Referenten. Auch wir betrachten die Rhachitis als die häufige Folge einer unrichtigen Ernährung, resp. als das Product lang andauernder Verdauungs- und Ernährungsstörungen. Auffallend war es dem Ref., dass weder *Baginsky* noch *Fürth* auf den schädlichen Einfluss des Vegetarianismus auf die kindliche Entwickiung aufmerksam gemacht haben. Derselbe sucht gegenwärtig wieder in allen Schichten der Bevölkerung und bei allen Altersclassen Eingang. Die Verabreichung von vegetabilischer Nahrung sollte bis zum 3. Lebensjahre nur auf ein Minimum beschränkt werden. Die vegetabilischen Eiweissstoffe stehen puncto Verdaulichkeit und Haltbarkeit weit hinter den thierischen Albuminaten zurück und disponiren schon aus diesen Gründen a priori zu Verdauungsstörung. Der gleiche Vorwurf gilt den pflanzlichen Kohlenhydraten, welche nur in ihrer chemischen Structur den viel beständigeren, leichter assimilirbaren thierischen Fetten gleichen.

Fragen wir zuerst den Physiologen und erst hernach den Chemiker. *Liebig* hat mit seiner willkürlichen Classification der Nahrungsmittel zu grossen Einfluss ausgeübt. Hoffentlich wird die von uns besprochene Brochure *Hofmann*'s auch auf dem Gebiete der Kinderernährung segensreich wirken. *Hürlimann.*

Ueber das Os intermaxillare und die Anatomie der Hasenscharte und des Wolfsrachens.

Von *Th. Kölliker*, Docent der Chirurgie an der Universität Leipzig.

Halle, 1882. 4°. 71 S. 7 Tafeln. (Nova Acta Acad. C. L. Nat. Cur. XLIII.)

Als schonendste Methode zur Darstellung des fötalen Kieferskelettes empfiehlt sich vorsichtige Erwärmung (bis auf 46° C.) der dem Alcohol entnommenen Embryonenköpfe in 10% Kali causticum-Lösung. Dadurch erweichen und zerfallen die Weichtheile und die Knochen werden freigelegt. — Etwa in der 7. Embryonalwoche sind nur die beiden Oberkiefer knöchern angelegt; bald darauf finden sich 4 Knochenanlagen, die beiden Oberkiefer und die beiden Zwischenkiefer. Noch etwas später ist der Zwischenkiefer mit dem gleichseitigen Oberkiefer in Verbindung getreten; doch ist die Verbindung zunächst noch schmal, indem zwischen den Nasenfortsätzen des Ober- und Zwischenkiefers die Fissura intermedia, am Gaumen die Fissura incisiva die Trennung bewerkstelligt. „Von der 10. Woche ab dagegen sind die Zwischenkiefer mit dem Oberkiefer schon so vereint, dass sich ausser der Sutura incisiva mit ihrem palatinen und nasalen Theile



keine Trennungsspur mehr nachweisen lässt." — Beim Neugeborenen und Kind ist die Sutura incisiva in der Regel noch vorhanden, und zwar verläuft sie bald zur Scheidewand der Alveole des lateralen Schneidezahns, bald zur Mitte der Alveole des Eckzahns.

Demnach stimmt *K.* nicht mit *Albrecht* überein, welcher jederseits zwei Zwischenkiefer, also im Ganzen vier, annimmt und am harten Gaumen von Kinderschädeln 5 Suturen, statt 3, findet. Nach *K.* liegen Verwechslungen mit Gefässfurchen zu Grunde, vor Allem spricht der Nachweis der unpaaren Anlage jedes Zwischenkiefers gegen *Albrecht's* Auffassung. Ebenso wenig kann *K.* die weitere Angabe *Albrecht's* bestätigen, dass die Kieferspalte intraincisiv, zwischen medialem und lateralem Schneidezahn, liege und dass die Sutura incisiva meistens lateralwärts von der Spalte sich nachweisen lasse. Die Spalte entspricht vielmehr der Grenze von Intermaxillare und Oberkiefer. Untersuchungen an Schnittserien ergaben u. A., dass die Schmelzkeime nicht wie die Knochen paarig angelegt werden, vielmehr die Schmelzkeime beider Seiten im Ober- und Unterkiefer in der Mitte zusammenhängen. Diese unpaare Anlage des Schmelzkeimes erklärt die Unabhängigkeit der Zahnbildung von den knöchernen Theilen. Die längst bekannte Unregelmässigkeit in Zahl und Stellung der Zähne bei ein- und doppelseitiger Hasenscharte geht aus *K.*'s Untersuchungen von Neuem hervor. An 49 Schädeln fanden sich 11 Mal 1, 5 Mal 2 und 1 Mal 3 überzählige Schneidezähne. Bei einseitiger Spalte trifft er am häufigsten den lateralen Schneidezahn, ohne überzähligen Schneidezahn im Oberkiefer, das nächsthäufige Vorkommen ist: die Schneidezähne im Zwischenkiefer, ein oder mehrere überzählige im Oberkiefer. Bei doppelseitiger Spalte sitzen entweder alle 4 Schneidezähne im Oberkiefer oder die medialen und ein lateraler im Zwischenkiefer, der andere laterale im Oberkiefer. Von weitern statistischen Angaben sei Folgendes hervorgehoben: die einseitigen Spalten sind mindestens noch einmal so häufig als die doppelten, die einseitigen kommen meistens links vor (113 Fälle links, 52 rechts); das männliche Geschlecht überwiegt. *R.*

William Paul Swain's chirurgisches Vademecum.

Die ärztlichen Hülfeleistungen in dringenden Fällen: bei Verletzungen, Vergiftungen und Geburten. Zum Gebrauch für Aerzte und Studirende. III. Aufl. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. *Siegfr. Hahn*, Badearzt in Elster. 117 Abbildungen. 263 S. Berlin, 1882. G. Hempel.

Das kleine Buch bringt den Inhalt anatomisch geordnet (beim Kopf auch die ophthalmologische Hülfe und am Schluss die operative Hülfe bei der Geburt), die Vergiftungen, die Antisepsis und Apparate und Verbände, je in besondern Capiteln.

Multa, sed non multum. Das Ganze ist viel zu aphoristisch geschrieben, bietet viel Gutes, Practisches, aber auch ausserordentlich viel Lücken, von denen wir nur einige herausheben.

Bei den Schulterluxationen ist nur eine, sehr unvollkommene Rotationsmethode angegeben, und diese soll nur in der Narcose ausgeübt werden; daneben nur noch die Methode, nach welcher der Operateur seine Ferse in die Achselhöhle des Pat. stemmt u. s. w. Bei sämmtlichen Fracturen der obern und untern Extremität ist der Gypsverband kaum erwähnt: bei der Oberschenkelfractur steht z. B. kein Wort davon, ebenso wenig von der Extension. Bei Fracturen der Condylen des Femur oder des Caput tibiæ wird Lagerung in der *Salter*'schen Schwebe (sehr complicirt, nicht zu extemporiren) empfohlen.

Der Gypsverband (p. 244) wird auf einer halben Seite abgethan und zwar so anzulegen empfohlen, dass erst Gypsbrei angerührt werde und dann darin nasse Binden aus ungebleichtem Kalikot . . . „auf- und zugerollt" werden, so dass sie mit demselben vollständig getränkt sind; darüber Gypsbrei. Am besten sei eine Mischung aus Muc. Gummi 30,0, Aq. 240,0 und Calc. sulph. 500,0, wo hinein der Gyps dann gethan wird. — Offenbar hat *Swain* nie gegypst.

Bei der „Magenpumpe" (Vergiftungen) ist nur die complicirte Magenpumpe und die *Tosswell*'sche (Caoutchoukballon in der Mitte) erwähnt, während der bei Unglücksfällen so leicht zu improvisirende Heber, mit oder ohne Trichter, ganz fehlt.

Ebenso leichtweg sind die geburtshülflichen Angaben: die Zange fehlt z. B. ganz, während Kranioclast und Kephalotriptor, die Embryotomie und die Decapitation ausführlich



erwähnt werden. — Bei Plac. prævia und grosser Erschöpfung soll die „Placenta vollständig loszulösen und der weitere Verlauf der Natur zu überlassen" sein, eine längst wegen ihrer directen Gefahr verlassene Methode! — Sollte bei adhäsiver Placenta „die Entfernung einzelner Theile" durch die eingeführte Hand „ohne Gefahr für den Uterus nicht möglich sein (?), so lasse man sie lieber drin" (!). — Einleitung der Wehen durch einen (elastischen) männlichen Catheter, durch dessen abgeschnittenes unteres Ende ein „fein zugespitzter Draht in die Eiblase" eingestochen wird. Warum nicht die Uterussonde? Sauberer, sicherer. Ich begnüge mich mit dem Gebotenen.

Die Abbildungen sind vorzüglich und das Buch, dessen 3 Auflagen doch wohl die Beliebtheit bei den englischen Collegen beweisen, ist in sofern für uns interessant, als es uns eine fast mühelos zu erstellende Parallele mit den englischen Practiken gestattet.

A. Baader.

Cantonale Correspondenzen.

Basel. Fromme Wünsche. Wir kommen zuweilen in die Lage, auf die Mithülfe von Behörden und Collegen rechnen zu müssen, wenn es gilt, zum allgemeinen Besten Erhebungen zu machen. Da finden wir uns nun so oft getäuscht, dass wir uns erlauben, einmal unserer Bedrängniss, unserm Unmuthe in der Form eines Stossseufzers Ausdruck zu geben.

Exempla trahunt.

Nach ehrenvollem, aber oft genug hartem Leben sinkt ein College zur Ruhe — ein Anderer wird mitten aus schönstem Streben, aus kaum begonnener Wirksamkeit grausam hinweggerissen; ein dritter legt sein müdes Haupt nieder, nachdem er aus dem harten Kampfe um das Dasein nicht ohne einige Havarien in den Hafen eingelaufen war und siehe da! Es findet sich kein College — von einem Freunde nicht zu reden — welcher in dem Organe ärztlicher Solidarität ein ehrenvolles, ein liebendes, ein versöhnendes Wort über die letzte Ruhestätte dem Berufsgenossen und Mitkämpfer um gemeinsame, hohe Ziele nachriefe.

Wir, die Redactoren, lesen das schmerzliche Ereigniss beim Durchstöbern der Tagespresse oder erfahren es durch unsere ausgedehnte Correspondenz, und nun beginnt die Jagd, deren Resultat oft genug nach langer Kreuz- und Quersuche nur ein zugesandtes Zeitungsblatt ist, dessen für andere Kreise geschriebener Necrolog uns ganz ungenügende Materialien zum Zusammenstellen eines Nachrufes an einen Collegen bietet, den wir oft selbst gar nicht gekannt haben.

Ist das für unsern Stand nicht sehr wenig ehrenvoll?

Ganz gleich geht es uns oft mit andern, unsern Beruf, die Praxis, die Universitäten betreffende Vorkommnisse.

Noch schlimmer steht es aber mit der Genauigkeit der Mittheilungen unserer Behörden. Man nehme nur den Aerzteschematismus des Medicinalkalenders zur Hand! Jedes Jahr wird derselbe den tit. Sanitätsdirectionen zur Durchsicht zugestellt. Es ist das der einzige Weg, auf dem eine Revision überhaupt möglich ist — das Resultat lässt immer zu wünschen übrig, wenn es auch in der Hauptsache richtig und sehr brauchbar ist. Da reclamirt man, dass in einem grossen Canton nicht einmal der Name des Präsidenten der cantonalen Sanitätsdirection richtig angegeben sei; dass Aerzte als Spitalchefs figuriren, die schon seit 10 Jahren den Spitaldienst quittirt haben oder noch als practische Aerzte aufgezählt werden, obwohl sie vor einer Reihe von Jahren gestorben sind; dass sich Personen als Aerzte und Doctoren mit eingereiht finden, die — in Cantonen mit Freigebung der Heilkunde — unter falschem Namen und falschem Titel practiciren u. s. w.

Die Reclamationen sind begründet, und wir nehmen sie dankbar an, weisen aber die Vorwürfe zurück, welche wir als gepfefferte Sauce fast ausnahmslos mit schlucken sollten. Die wollen Sie, geehrte Herren Collegen, gefälligst recht intensiv in allopathischen und genügend reiterirten Dosen Ihren cantonalen Behörden darreichen.

Es genügt gewiss, auf diesen Seitenpfad aufmerksam gemacht zu haben, um sofort den richtigen Weg herauszufinden, der sicher und angenehm zum Ziele führt.



Und nun, verehrte Herren Collegen, „läbet wohl und zürnet nüt", auch Sie nicht, die Sie sich mit reinem Gewissen und dem Bewusstsein der guten That vorn in den Tempel stellen können! Unsere „frommen Wünsche" gelten nur dem einen Zwecke, den wir alle anstreben: unserm Stande, seiner Ehre und seinen weiten humanen Zielen, aber auch der Vervollkommnung der Hülfsmittel, die uns über einzelne Schwierigkeiten des practischen Lebens weghelfen. *A. Baader.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Basel. Maison de Santé und orthopädisches Institut. Prof. *Socin* und Dr. *Emil Burckhardt* haben soeben in der Allschwylerstrasse eine Privatklinik eröffnet, die in erster Linie chirurgisch Kranken Aufnahme gewähren soll, auch andere Kranke (acute Infectionskrankheiten und Geisteskrankheiten ausgenommen) sollen, soweit Raum vorhanden, Zutritt haben. Den hiesigen Collegen soll bei vorhandenem Platz ebenfalls ein Unterbringen ihrer auswärtigen Patienten ermöglicht werden.

Die innere Einrichtung der Anstalt ist vollständig neu ausgeführt und hat im I. und II. Stockwerke zusammen 11 Krankenzimmer. Hievon werden 2 grosse Zimmer als Kinderzimmer (à 3—4 Betten; Wärterin nebenan) benützt. Operationslocal im I. Stock. Jede Etage hat ihr besonderes Badzimmer mit emaillirter Wanne und Douchevorrichtung. Die vordere (grössere) Hälfte des Hauses hat Luftheizung (jedes Zimmer für sich regulirbar), die hintere — kleinere — Ofenheizung (4 Zimmer). Gänge und Treppenhaus mit der Luftheizung in Verbindung. — Ventilation: Aspirationssystem mit besonderem Asp.-Ofen für den Sommer. — Waterclosets. — Die Anstalt für Orthopädie steht für sich gesondert im Garten. Sie enthält einen grossen Saal zur Vornahme der orthopädischen Uebungen, sowie ein besonderes Verband- und „Narcose"-Zimmer. Vorhandene orthopädische Apparate: *Roth*'sche Lagerbretter; *Rose*'sche Suspensionsringe; Hang- und Standleiter; Wolm; Divan; *Seeger*'scher Kugelstab; *Venel-Heine*'sches Extensionsbett; *Busch*'s Seitengürtel; *Glisson*'sche Schwebe etc. etc. — An der Spitze des Wart- und Dienstpersonals, sowie des Hauswesens überhaupt steht eine erfahrene Diaconissin, welche durch mehrere Jahre als Oberschwester der weiblichen chirurgischen Abtheilung des hiesigen Krankenhauses vorgestanden hat.

Wir begrüssen dieses sehr zeitgemässe Unternehmen auf das beste und sind überzeugt, dass unter den bewährten Händen der beiden Directoren dasselbe rasch eine sehr erfolgreiche Thätigkeit entfalten wird.

Bern. Wieder haben wir einen schmerzlichen Verlust zu beklagen, indem der Divisionsarzt der III. Armeedivision, Herr Oberstlieut. Dr. *Eugen Müller* von Neuenegg, in Romainmotier, nur 48 Jahre alt, den 8. Januar in Nizza einem Nierenleiden erlegen ist.

Wir hoffen, demnächst über diesen vortrefflichen Collegen einen Nachruf bringen zu können.

Bünden. In Thusis starb der auch in weiteren Kreisen bekannte Dr. *P. Buol*, Homöopath, im 52. Jahre. Der Verstorbene war ein allgemein geachteter Mann und beliebter, pflichtgetreuer, tüchtiger Arzt.

Genf. Preisaufgabe über die Verhütung der Blindheit. Seit im Jahre 1870 von Prof. *Zehender* in Rostock die erste Blindenstatistik, allerdings nur das Grossh. Mecklenburg umfassend, veröffentlicht worden ist, sind diese Untersuchungen in den verschiedensten Ländern wiederholt worden. Und mit vollem Rechte! Denn wir sehen sofort ein, dass die Sache neben dem medicinischen Interesse auch eine eminente nationalöconomische Bedeutung hat, wenn wir hören, dass nach den vorliegenden statistischen Angaben durchschnittlich auf 1000 Einwohner 1 Blinder kommt, dass also auf die gegenwärtige Bevölkerung von Europa ungefähr 311,000 Blinde fallen.

Dieses traurige statistische Ergebniss bewog vor etwa 8 Jahren eine Anzahl englischer Aerzte und Menschenfreunde, eine Gesellschaft „for the prevention of blindness" zu gründen, mit dem Zwecke, in ausgedehntester Weise kurze und populär gehaltene Anleitungen über die Hauptursachen der Augenkrankheiten und die Mittel ihrer Verhütung zu verbreiten. Diese Gesellschaft beschloss, einen Preis von Fr. 2000 für die beste

englische, französische, deutsche oder italienische Arbeit über diesen Gegenstand auszuschreiben.

Am Pariser Congress 1878 kam dann die „internationale Gesellschaft für Besserung des Loses der Blinden“ zu Stande, welche 1880 am 3. hygieinischen Congress in Turin den Beschluss fasste, bei Gelegenheit der Jubelfeier der ersten Blindenanstalt eine Anzahl Preisfragen aufzustellen, unter Andern auch eine über die Prophylaxis der Blindheit.

Durch die Initiative des damals anwesenden Schatzmeisters der „society for the prevention of blindness“, Dr. *Roth* aus London, gelang es, die beiden dasselbe Ziel anstrebenden Gesellschaften zu vereinigen, und so konnte dem 4. internationalen Congress für Hygieine, welcher im September 1882 in Genf versammelt war, der folgende Entwurf für eine Preisaufgabe unterbreitet werden.

Derselbe wurde eingeleitet durch einen die einzelnen Puncte kurz erläuternden Bericht von Dr. *Hallenhoff*. *Hosch*.

Das Circular über die „Preisaufgabe über die Verhütung der Blindheit“ lautet:

„Der V. internationale Congress für Hygieine, welcher 1884 in Haag (Niederlande) stattfindet, wird einen von der „Society for the Prevention of Blindness“ in London gestifteten Preis von 2000 Fr. dem Verfasser der besten, in deutscher, englischer, französischer oder italienischer Sprache geschriebenen, noch ungedruckten Arbeit über die Ursachen der Blindheit und die practischen Maassregeln zu deren Verhütung zuertheilen. Ausser diesem Hauptpreise behält sich die „Internationale Gesellschaft für Verbesserung des Loses der Blinden“ vor, den ihr vom Preisgericht als besonders verdienstvoll bezeichneten Arbeiten eventuell einen zweiten Preis von 1000 Fr. (oder zwei Preise von 500 Fr.), sowie eine Medaille mit Diplom zuzuerkennen. Diese letzteren Preise würden bei Veranlassung der 1884 in Paris stattfindenden hundertjährigen Jubelfeier der ersten von *Haüy* gegründeten Blindenanstalt zur Vertheilung kommen.

Der im September 1882 in Genf versammelte IV. internationale Congress für Hygieine genehmigte, dem Vorschlag der Preisstifter gemäss, folgendes Programm der Preisaufgabe:

1) Ursachen der Blindheit: a) Einflüsse der Erblichkeit, Krankheiten der Eltern, blutsverwandte Ehen etc. b) Augenkrankheiten der Kindheit, diverse Entzündungen. c) Schul- und Lehrzeit, progressive Myopie etc. d) Allgemeine Krankheiten, Diathesen, verschiedene Fieber, Intoxicationen etc. e) Einfluss der Berufsarten, Unfälle und Verwundungen, sympathische Augenentzündungen. f) Sociale und klimatische Einflüsse; ansteckende Augenleiden; ungesunde, überfüllte, schlecht erleuchtete Wohnräume etc. g) Mangelhafte oder ganz fehlende Behandlung der Augenleiden.

2) Für jede dieser Gruppen von Blindheitsursachen sind die zweckmässigsten Verhütungs-Maassregeln anzugeben: a) Maassregeln der Gesetzgebung. b) Hygieinische und professionelle Maassregeln. c) Pädagogische Maassregeln. d) Aerztliche und philanthropische Maassregeln.

Der Genfer Congress wählte ein aus folgenden Herren bestehendes internationales Preisgericht: Deutschland: Dr. *H. Cohn*, Professor der Augenheilkunde in Breslau; Sanitätsrath Dr. *Varrentrapp* in Frankfurt a. M. England: Dr. *M. Roth*, z. Z. Schriftführer und Schatzmeister der Society for the Prevention of Blindness; Dr. *Streatfield*, Professor der Augenheilkunde in London. Frankreich: Dr. *Fieuzal*, dirigirender Arzt des Blindenhospitals des Quinze-Vingts in Paris; Dr. *Layet*, Professor der Hygieine in Bordeaux. Italien: Dr. *Reymond*, Professor der Augenheilkunde in Turin; Dr. *Sormani*, Professor der Hygieine in Pavia. Niederlande: Dr. *Snellen*, Professor der Augenheilkunde in Utrecht. Schweiz: Dr. *Appia* in Genf; Dr. *Dufour*, Arzt des Augenspitals in Lausanne; Dr. *Haltenhoff*, Privatdocent der Augenheilkunde in Genf (Schriftführer des Preisgerichts).

In Folge Ablehnung der Herren *Varrentrapp* und *Appia* ergänzte sich das Preisgericht durch Ernennung der Herren: Dr. *Berlin*, Professor der Augenheilkunde an der Veterinärschule in Stuttgart. Dr. *Coursserant*, Augenarzt in Paris.

Die Society of the Prevention of Blindness und die Société internationale pour l'amélioration du sort des aveugles behalten sich das Eigenthum der preisgekrönten Arbeiten, sowie das Recht, dieselben nach eigenem Ermessen, sowohl in toto als auszugsweise, in verschiedenen Sprachen zu veröffentlichen und zu verbreiten, vor.

Die Manuscripte müssen dem Unterzeichneten vor dem 31. März 1884 zugesandt werden.



Jede Arbeit trägt ein Motto, welches sich auf einem versiegelten, Namen, Vornamen, Titel und Adresse des Verfassers enthaltenden Couvert wiederholt. Die Couverte werden erst nach gefassten Beschlüssen vom Preisgerichte eröffnet.

Genf, Ende November 1882. Dr. *G. Haltenhoff*, Schriftführer.

Luzern. Protest. Im Auftrage der ärztlichen Gesellschaft der Centralschweiz protestiren wir nachdrücklich gegen den Missbrauch des Namens der Gesellschaft durch den Verfasser der Andermatter Brochure, Herrn S. Christen-Kesselbach, und erklären: dass wir uns weder mit vergleichender meteorologischer Statistik befasst, noch in Sachen ein Gutachten irgend welcher Art abgegeben haben, wie es von uns in der betreffenden Brochure fälschlich behauptet wird.

Im Uebrigen würden wir bedauern, wenn eine Sache, die, nach den uns bis jetzt bekannten Daten, gut und lebensfähig scheint, durch ein derartiges Vorgehen der zunächst Betheiligten discreditirt würde. Der Vorstand der ärztlichen Gesellschaft der Centralschweiz.

Ausland.

— **Internationaler medicinischer Congress.** VIII. Sitzung. Kopenhagen 1884. Mit Rücksicht auf den in der VII. Sitzung des internationalen medicinischen Congresses in London 1881 ausgesprochenen Wunsch und in Folge späterer Verhandlungen ist beschlossen worden, dass die VIII. Sitzung des Congresses zu Kopenhagen abgehalten werden wird.

Besonders um Collisionen mit anderen arzneiwissenschaftlichen Congressen zu vermeiden, bringt der Organisationsausschuss (*P. L. Panum*, Präsident, *C. Lange*, Generalsecretär) schon jetzt zur Kenntniss, dass die VIII. Sitzung des internationalen medicinischen Congresses zu Kopenhagen in den Tagen vom 10. bis zum 16. August 1884 stattfinden wird.

Deutschland. Entdeckung des Rotz-Bacillus. In der deutschen medicinischen Wochenschrift vom 16. December 1882 schreibt Dr. *P. Börner:*

„Die Herren DDr. Professor *Schütz* und *Læffler* haben sich im amtlichen Auftrage im Gesundheitsamte mit Untersuchungen über die Rotzkrankheit beschäftigt, den pathogenen Organismus dieser Krankheit entdeckt, durch viele Culturen hindurch rein gezüchtet, zur Sporenbildung gebracht und von diesen Culturen mit Erfolg auf gesunde Pferde übertragen.

Während noch die glänzende Entdeckung des Bacillus tuberculosis das ungetheilte Interesse der wissenschaftlichen Welt beschäftigt und eine immer grössere Bedeutung auch für die Praxis der Medicin gewinnt, ist es in dem kaiserlichen Gesundheitsamte gelungen, das Verhältniss des Fütterungs-Milzbrandes zum Impfmilzbrande vollkommen klar zu stellen und nun erfolgt in demselben Amte eine dritte Entdeckung von gar nicht hoch genug zu schätzender Tragweite.

Diesen neuen glänzenden Triumph hat die mit so geringen materiellen Mitteln arbeitende deutsche Wissenschaft reichlich verdient, nicht nur durch den Fleiss, das Wissen und die Intelligenz der Forscher, sondern auch für die weitblickende Einsicht jener maassgebenden Organe, die zur rechten Zeit die rechten Aufgaben und Fragen gestellt haben.“

Wir reihen hier noch jene interessante Beobachtung des Dr. *Moreau* an, der, ein eifriger Fasanenzüchter, in 2 Tagen 80 seiner Thiere verlor. Er hatte sie mit Fliegenlarven (sonst einem der besten Fütterungsmittel) aus einer sogenannten Wurmgrube gefüttert, in der sich Fleisch befand, das er aus einer Abdeckerei bezogen hatte, worauf schon nach zwei Stunden das Sterben der Fasanen begann. Wie es sich herausstellte, stammte dieses Fleisch, von dem sich die Fliegenlarven ernährten, von einer Kuh her, die an Milzbrand gelitten hatte. Die gesund gebliebenen Fliegenlarven wurden so die directen Ueberträger der Infection.

— **Cannabinum tannicum,** das neue Alcaloid der Cannabis indica, wird als Narcoticum Abends zu 0,1—0,4 pro dosi in Pulverform verabreicht. Effect zweifelhaft.

Frankreich. Ein Schlundrohr 305 Tage lang im Oesophagus. *Krishaber* hatte in einem Falle von maligner Geschwulst des Oesophaguseinganges mit Schwierigkeiten die Schlundsonde eingeführt; er entschloss sich aus Sorge vor unangenehmen Zufällen und Zunahme dieser Schwierigkeiten, das Instrument dauernd in der Speiseröhre



zu belassen. Zu diesem Behufe führte er dasselbe durch die Nasenhöhle ein und befestigte das freie Ende mit einer Binde um die Stirn der Kranken.

Nachdem Toleranz der Nasenhöhle eingetreten war, ging die Ernährung ohne jede Schwierigkeit von Statten bis der stetige Fortschritt der krebsigen Erkrankung die Kranke tödtete. Er empfiehlt dieses Verfahren für narbige Stricturen des Oesophagus.

(Deutsche med. Woch.)

— Die **Absonderung** an Infectionskrankheiten erkrankter Schüler von ihren Mitschülern soll nach *Hillairet*, welcher auf eine Anfrage des französischen Unterrichtsministeriums hin der Pariser medicinischen Academie ein Gutachten vorlegte, das einstimmig angenommen wurde, sich erstrecken bei Pocken, Scharlach, Masern und Diphtherie auf 40, bei Varicellen und Parotitis 25 Tage. Der Schüler ist vor dem Verlassen des Krankenzimmers zu baden, seine Kleider einer Temperatur von 90° und Schwefeldämpfen in der Desinfectionskammer auszusetzen, Bettwäsche, Möbel, Vorhänge und Wände des Krankenzimmers zu desinficiren, abzuwaschen und zu lüften. Ueber all' das soll der Schüler vor dem Wiedereintritte eine ärztliche Bescheinigung vorweisen.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. December 1882 bis 10. Januar 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen sind 30 Fälle angemeldet (6, 18, 11), zerstreut über die ganze Stadt, besonders zahlreich auf dem Nordwestplateau: 13.

Masern 1 Fall in Kleinbasel.

Scharlach weist 30 neue Erkrankungen auf (8, 27, 24), wovon 17 in Kleinbasel.

Typhus 15 Fälle (10, 8, 3), wovon 4 in den Thälern Grossbasels, 9 in Kleinbasel, 2 von auswärts importirt.

Diphtherie und Croup 12 Fälle (3, 10, 12), wovon 7 in Kleinbasel.

Erysipelas 8 Fälle (3, 3, 13), wovon die Hälfte in Kleinbasel.

Pertussis 11 angezeigte Erkrankungen (7, 9, 13).

Von Icterus catarrhalis sind weitere 7 Erkrankungen angezeigt, wovon 4 auf das Jahr 1883 fallen, 4 Kinder betreffen. Gesammtzahl der Anmeldungen seit October 41.

Berichtigung.

Im letzten Corr.-Bl. S. 14 u. folg. sind in dem Vereinsbericht und besonders in dem Referat über Prof. *Lichtheim*'s Vortrag einige (vom Einsender des betr. Manuscriptes leider übersehene) unrichtige und sinnentstellende Angaben in Folge zu spät in unsere Hände zurückkehrender Correctur stehen geblieben. Prof. *Lichtheim* verzichtet auf eine Richtigstellung aller dieser Stellen, zumal da sein Vortrag in etwas veränderter Form unterdessen in *Friedländer*'s „Fortschritte der Medicin“ Nr. 1 erschienen ist. Ferner lese man im gleichen Ver.-Bericht S. 17, Z. 5 von oben hydaloidea; Z. 10 von unten Hg. (nicht „Heilung“); S. 18, Z. 16 von unten Sphincters: und in der Impfdiscussion überall *Burckhalter* und nicht *Burckhardt*.

Die Redaction hatte in diesem Fall vergebens bis über den letztmöglichen Termin hinaus auf die Rückkehr der (8 Tage ausbleibenden) Correctur gewartet; ein prompteres Zurücksenden derselben hätte freilich diese Berichtigung unnöthig gemacht. Redact.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Sigg* in Kl. Andelfingen: Verdanken Ihnen bestens die freundliche Zusendung der Photographien von fünf vor Kurzem verstorbenen Mitgliedern des Centralvereins aus dem Cant. Zürich zu Handen des Photographie-Albums des Centralvereins (Dr. *Gubler*, Dr. *Meyer-Hoffmeister*, Dr. *Rahn-Escher*, Dr. *Adolf Scholtz* und Dr. *Weinmann*). Leider finden sich in den anderen Cantonen immer noch keine Collegen, die sich Mühe nehmen würden, bei der Familie eines verstorbenen Mitgliedes unseres Vereines eine Photographie des Betreffenden für diesen schönen Zweck sich zu erbitten — darum Ihnen unsern besten Dank! — Herrn Dr. *W. v. M.*: Besten Dank: wir folgen weisem Rath. — Herrn Dr. *Wyss* in Benken: Sie haben ganz Recht: nur trifft die Schuld nicht uns: der Pfuscher kam auf legitimem Wege zu der Ungesetzlichkeit. — Herrn Dr. *L. Forrer*, Marthalen: Es folgt später (eine Infection beim Menschen) ein Bericht über Alles. — Herrn Prof. Dr. *Wyss*, Zürich und Prof. Dr. *L. Dunant*, Genf: Wir bitten um Angabe der Titel der Dissertationen der med. Facultät pro 1882. — Herrn Dr. *Banga*, Chicago: Herzlichen Gruss vom Sonnenberg: „Bin i au vo Heimet wit — Olti Liebi rostet nit.“



CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 3. XIII. Jahrg. 1883. 1. Februar.

Original-Arbeiten.

Die Behandlung des Empyemes der Pleura.

Von Dr. **L. G. Courvoisier.**

Vortrag in der medic. Gesellschaft zu Basel den 14. November 1882.

Das Gebiet, auf welches ich Sie bitte, mit mir heute eine kleine Wanderung anzutreten, ist zwar ein altbekanntes und längst bebautes. Allein es hat sich in Bezug auf seine Bearbeitung in der neuesten Zeit — hauptsächlich seit allgemeiner Einführung der antiseptischen Wundbehandlung — ein Umschwung der therapeutischen Anschauungen und Methoden vollzogen, der wohl im Schooss unserer Gesellschaft signalisirt werden darf. Ich möchte Ihnen nämlich einige Mittheilungen machen über den heutigen Stand der Behandlung des Empyems der Pleura.

Operative Eingriffe bei pleuritischen Exsudaten sind schon im grauen Alterthum vorgenommen worden und zwar zum Theil in einer Weise, wie sie jetzt noch üblich sind. Ja es sind, wie ich später noch Gelegenheit haben werde, zu zeigen, vor mehr als 2 Jahrtausenden schon Methoden angewandt worden, welche mit der Zeit der Vergessenheit anheim gefallen sind und heute wieder als neu ausgegeben werden.

Der grosse Unterschied zwischen Einst und Jetzt besteht aber darin, dass die chirurgische Behandlung früher die Ausnahme bildete, während sie heutzutage als Regel aufgestellt wird.

Es ist bekannt, wie zuerst *Trousseau* in den Vierziger Jahren die Nothwendigkeit betonte, schon der einfachen Pleuritis gegenüber activer vorzugehen, und wie die vorzüglichen Erfolge, die er bei stabilen Ergüssen mit der Punction erzielte, den eigentlichen Anstoss gaben zu viel häufigerer Anwendung der Thoracocentese. Es gehört nicht hieher, auseinander zu setzen, wie viel Mühe es gekostet hat, bis *Trousseau*'s Lehre von der günstigen Wirkung der Entleerung des Exsudats auf



den Verlauf der Pleuritis sich allgemeinere Anerkennung und Zustimmung errang. Die letzten Jahrzehnte haben über diesen Gegenstand zahlreiche Arbeiten producirt, zu denen ja auch unser College *Oeri* einen sehr geschätzten Beitrag geliefert hat.

Doppelt muss es darum auffallen, dass eine gewisse Passivität den purulenten Pleuralergüssen gegenüber bis in die allerletzte Zeit hinein sich geltend gemacht hat, und dass die Principien, nach denen man angesichts aller andern Eiteransammlungen handelt, gerade bei denjenigen der Brusthöhle so spät zur Herrschaft gelangten. Man betrachtet es doch als Gesetz, jedem erreichbaren Abscess einen Ausweg zu verschaffen. Man hat in dieser Absicht von jeher mit Gemüthsruhe und sogar mit einem zum Theil unbegreiflichen, aber stereotypen Leichtsinn Höhlen eröffnet, deren Bloslegung ungleich mehr Gefahren bringt, als diejenige des Pleuraraums. Ich erinnere nur an die Trepanation des Schädels und an die Incision des Kniegelenks. Aber den Thorax hat man phlegmatisch weiter modern lassen, bis auf die eine oder die andere Weise der Patient zu Grunde ging.

Die einzige Basis freilich, auf welcher man ein rationelles therapeutisches Gebäude aufrichten kann, ist die — noch vor nicht sehr langer Zeit ziemlich mangelhafte, erst neuerdings vollends ergänzte — genaue Kenntniss derjenigen Vorgänge, welche die Heilung einer eitrigen Pleuritis zu begleiten pflegen. Denn alle chirurgische Thätigkeit darf ja nicht den Plan kreuzen, nach welchem das natürliche Heilbestreben sich vollzieht, sondern muss demselben parallel gehen, ihm zur Verwirklichung behülflich sein.

Jener Plan aber ist, in grossen Umrissen gezeichnet, folgender: Das Exsudat verschwindet, sei es langsam durch Resorption, sei es mehr oder weniger plötzlich durch spontane Perforation, nach aussen, in die Lunge, gegen die Bauchhöhle, oder durch künstliche Eröffnung.

Im gleichen Maass aber, als die Flüssigkeit den Platz räumt, muss derselbe durch andere Theile wieder ausgefüllt werden. Denn ein Vacuum kann ja nicht entstehen. Am schönsten geschieht dies, wenn rasch die vorher comprimirte Lunge sich wieder entfaltet und sich an die Thoraxwand anlegt.

Leider werden aber durch die Anwesenheit des Eiters in der Brusthöhle in viel geringerer Zeit, als bei der Präsenz von blos serösen Ergüssen, gewisse Veränderungen gesetzt, welche eine so einfache und absolute Restitutio ad integrum vereiteln. Und so kann man diese nur bei relativ frischen Empyemen überhaupt noch erwarten. — Nach längerem Bestand der Entzündung aber finden wir die nie fehlenden fibrinös-eitrigen Auf- und Zwischenlagerungen organisirt und vascularisirt. Dicke bindegewebige Schwarten bedecken schliesslich beide Pleurablätter und füllen die Spalten zwischen den Lungenlappen aus, oft so, dass die Grenzen der letztern gänzlich verwischt sind, und das Organ wie mit einem einzigen Narbenguss überzogen erscheint. Feinere oder gröbere fibröse Brücken schlagen sich an vielen Stellen von Theilen zu Theilen, welche normaliter nie mit einander in Berührung kamen, jetzt aber mit seltener Innigkeit an einander gekettet sind. — Dazu kommt, dass allen diesen Neubildungen die Tendenz zur Contraction, zur Schrumpfung in einer Weise innewohnt, die in bedenklichstem Grade namentlich



auf die weiche Lunge einwirken muss. Diese wird durch sie in centripetaler Richtung nur noch mehr verkleinert und comprimirt, als es ohnehin schon durch den Druck des Exsudats geschehen war.

Findet nun unter solchen schwierigen Verhältnissen die Entleerung der Flüssigkeit — etwa gar noch in plötzlicher Weise — statt, welches ist die Kraft, welche die Höhlenwände und die Lunge wieder zusammenbringt? — Die Lunge selber besitzt bekanntlich keineswegs die Neigung zur Expansion; vielmehr treibt ihre eigene Elasticität sie geradezu von der Brustwand weg, wie wir bei jeder Section daran erkennen können, dass beim Eröffnen des Thorax das Organ in sich zusammensinkt. Und das Brustskelett federt, wie man weiss, an und für sich nicht etwa einwärts, der Lunge zu, sondern auswärts. Es bedarf also jedenfalls eines ganz besonderen und wirksamen Agens zu jener Wiedervereinigung. *Roser* hat zuerst 1878 überzeugend auseinander gesetzt, dass dieses Agens die narbige Verwachsung sei, welche zwischen beiden Pleurablättern stattfinde. Am Hilus der Lunge beginnend, schreitet sie allmälig über immer grössere Flächen der serösen Häute weiter. Und im gleichen Maass, als die Verwachsung zunimmt, dehnt der Narbenzug der Adhæsionen einerseits die Lunge aus und zwingt er andrerseits die Brustwand nach innen, in eine neue, oft tief muldenartige Form.

Von dem Grade der Entfaltbarkeit der Lunge also und von der Nachgiebigkeit des Thorax hängt es in erster Linie ab, wie weit überhaupt die gegenseitige Apposition beider gedeiht. Je kürzere Zeit jene comprimirt, je weniger sie in feste Schwarten eingebacken war, um so ausdehnbarer wird sie noch sein — und umgekehrt. Und je weniger das Rippengerüst von seiner Biegsamkeit theils durch physiologische Altersveränderungen, theils secundär und pathologisch in Folge der Entzündung eingebüsst hat, um so tiefer wird es einsinken und der Lunge entgegen kommen — und umgekehrt.

Als weitere, aber minder gern gesehene Hülfsmittel zur Ausfüllung des vom Eiter verlassenen Raums dient bekanntlich das Herbeirücken benachbarter Eingeweide, z. B. der gesunden Lunge und des Herzens, sowie des Zwerchfells sammt den Baucheingeweiden; ferner aber das Einfallen der Intercostalräume und das Zusammenrücken und Herabsinken der Rippen, wodurch der Thorax länger, aber schmäler und seine Capacität geringer wird.

Man wird also bei frischeren Empyemen, zumal jugendlicher Individuen hinsichtlich der Wiederherstellung die Prognose günstiger stellen können, als bei alten Ergüssen und bei älteren Leuten. — In Fällen der ersteren Categorie wird, wenigstens bei operativer Entleerung, dagegen wohl selten bei spontaner Resorption, zuweilen in der That volle Restitutio ad integrum eintreten können, nicht nur hinsichtlich der Function, sondern auch hinsichtlich der Form. — In Fällen der zweiten Categorie dagegen werden fast immer wenigstens gewisse Formveränderungen des Thorax und in Folge ungenügender Dilatation der Lunge auch häufig gewisse functionelle Störungen für den Rest des Lebens zurückbleiben. Die Heilung ist also eine incomplete.

Am schlimmsten aber für die Patienten ist der Zustand, wobei, sei es nach partieller Resorption, sei es nach spontaner oder künstlicher Eröffnung, ein ge-



wisser Theil des Empyems und darum unter Umständen eine sogenannte Thorax-fistel stationär bleibt. — In merkwürdiger Sorglosigkeit hat man früher der Resorption alle möglichen Wunderwirkungen zugetraut. Man nahm an, dass die flüssigen Bestandtheile des Exsudats völlig aufgesogen, die festen aber dadurch so eingedickt und eingetrocknet und gar noch verkreidet würden, dass sie im Organismus nur noch die Rolle einer historischen Reminiscenz spielten. Dass dieser glückliche Ausgang eintreten könne, soll ja gewiss nicht geläugnet werden. Erinnern wir uns aber, dass sogar schon die zellenarmen Depots, welche eine einfache Pleuritis serosa bei ihrer Resorption hinterlässt, häufig die Quelle späterer Tuberculose abgeben — so werden wir die Residuen, welche fast nothwendig von einem sich selbst überlassenen Eitererguss zurückbleiben, nun und nimmer für harmlos halten. Und berücksichtigen wir noch, dass in einer grossen Zahl der nicht traumatischen Empyemfälle die Wirkung tuberculöser Keime ursächlich zu beschuldigen ist, so werden wir es ohne Weiteres für irrationell erklären müssen, die gefährlichen Noxen in Schwarten und verkästem Eiter sich einnisten zu lassen.

Für die Therapie ergibt sich aus derartigen Ueberlegungen der entscheidende Schluss, dass also nothwendig dem Eiter ein möglichst frühzeitiger und ausgiebiger Abfluss zu verschaffen und ihm zugleich die Gelegenheit zu erneuter Ansammlung abzuschneiden sei.

Sehen wir nun zu, wie früher und noch bis in unsere Tage hinein diesen Indicationen ist Genüge geleistet worden, so begegnen wir einer Reihe von Methoden, welche theils allgemein, theils mehr von Einzelnen angewandt wurden und werden. — Neben dem von *Hippocrates* schon geübten Intercostalschnitt kamen noch zur Ausführung: Die Thoracocentese mit Troicars und ähnlichen Instrumenten, jederzeit, im vorigen Jahrhundert namentlich von *Heister* und *Morand* practicirt. Seit etwa 10—12 Jahren ist bekanntlich häufig die einfache Punction ersetzt worden durch die Benützung der Aspirationsapparate von *Dieulafoy*, *Potain*, *Katsch* etc., welche eine gründlichere Entleerung gestatten.

Sodann ist die Eröffnung des Thorax schon zu *Hippocrates* Zeiten hie und da mit dem Glüheisen vorgenommen worden. Dieses Verfahren, namentlich wieder von den blutscheuen arabischen Aerzten des XI. und XII. Jahrhunderts in Aufschwung gebracht, wurde noch im letzten Jahrhundert zuweilen geübt. Und laut *Wagner* sollen neuerdings gewisse Thermocauterenthusiasten, deren Namen ich aber nicht habe ausfindig machen können, ähnliche Vorschläge wieder gebracht haben.

Die Application einer Aetzpaste und der nachherige Einstich durch den Schorf hindurch wurde hauptsächlich von *Thévenin* und *Bromfield* Ende des vorigen Jahrhunderts cultivirt, fand aber wenig Anhänger.

Den alten einzeitigen Schnitt modificirten *Sédillot* und *Vidal*, indem sie in einer ersten Sitzung nur bis zur Pleura, in einer zweiten nach einigen Tagen erst diese selbst incidirten.

Lassen wir die Eröffnung mit Ferrum candens, Aetzpaste und zweizeitigen Schnitt ausser Betracht, da kaum wieder Jemand sich für diese Methoden begei-

stern wird; so bleiben uns als discutirbar von ältern Methoden übrig die Thoracocentese und die intercostale Thoracotomie.

Was die erstere anbelangt, so ist wohl die Hoffnung, durch einfache Punction oder Aspiration ein Empyem radical beseitigen zu können, in der Regel eine trügerische. Man bekommt zwar hie und da die Behauptung zu lesen und zu hören, dass wenigstens bei Kindern dies möglich sei. Doch scheint mir bei ihnen, abgesehen vielleicht von der grössern Nachgiebigkeit ihres Thorax, kein Grund vorhanden zu sein für günstigere Heilung, als bei Erwachsenen. Und was die letztern betrifft, so wird College *Oeri*, der ja durch seine Arbeit so wesentlich dazu beigetragen hat, der Thoracocentese neue Achtung und Beachtung zu verschaffen, es nicht missdeuten, wenn ich gerade die 6 von ihm angeführten Empyemfälle nach dieser Richtung prüfe. Er bezeichnet von den 6 nicht weniger denn 5 als wieder hergestellt, vindicirt deshalb der Punction Erfolge, welche man mit den durch Schnitt erreichten vergleichen dürfe. Dabei rechnet er vermuthlich als nicht geheilt den Patienten (Nr. 37), welcher nach der siebenten Punction eine Thoraxfistel bekam, und aus dieser beim Spitalaustritt noch täglich $^1/_2$—1 Schoppen Eiter entleerte. — Von den 5 als geheilt betrachteten aber wurde der Eine (Nr. 38) am 19. Tag nach der Thoracocentese mit wieder beträchtlich angesammelter Eiterung entlassen und trug laut späterem Bericht einen krummen Rücken davon. Ein Zweiter (Nr 39), Dritter (Nr. 36) und Vierter (Nr. 35) hatten noch 9, resp. 10 und 12 Monate nach den Punctionen ganz respectable Dämpfungen. Und nur Einer (Nr. 40) wurde durch 7 im Verlauf von 5 Monaten wiederholte Aspirationen so weit gebracht, dass er mit kaum nachweisbarer Dämpfung, aber sehr hohem Zwerchfellstand auf der kranken Seite konnte entlassen werden. Die 4 ersten darf man doch, da sie bei der letzten Untersuchung noch Zeichen von Erguss darboten, gewiss noch nicht als geheilt hinstellen. Beim Fünften aber muss man billig fragen, ob nicht gerade in diesem Fall, der allerdings als der bestgeheilte gelten darf, die Heilungsdauer durch die einmalige rationell ausgeführte Thoracotomie nicht um vielleicht die Hälfte oder $^2/_3$ hätte abgekürzt werden können. — Und ähnliche Gedanken kommen Einem neben den Zweifeln an der definitiven Heilung noch bei manchen veröffentlichten Fällen, die mit Punction sind behandelt worden.

Um vollständig zu sein, muss ich freilich noch der Methoden gedenken, wobei nicht, wie in *Oeri*'s Fällen, die einfache Punction oder Aspiration, sondern auch noch Ausspülungen des Pleuraraums vorgenommen wurden. Solche sind von *Hoppe-Seiler* zuerst bei der serösen Pleuritis, von *Bälz*, *Bülau* und *Jaffé* beim Empyem in verschiedener Weise angewandt worden. Die Erfolge sollen überraschend gewesen sein. Eine Bestätigung aber bleibt um so mehr abzuwarten, als die Zahl der so behandelten und bis jetzt veröffentlichten Fälle eine kleine ist.

Im Allgemeinen wird man also berechtigt sein zu behaupten, dass, abgesehen von ihrer diagnostischen und palliativen Bedeutung, die einfache Thoracocentese sich nicht für die Behandlung der Empyeme, oder doch höchstens für diejenige ganz frischer und nicht dickeitriger Ergüsse eigne. Und dass man sogar bei diesen Gefahr laufe, gewisse Reste zu hinter-

lassen, welche für den Organismus später schädlich werden können. *Lichtheim* spricht sich sogar — wohl etwas übertrieben — dahin aus, dass nach der Punction Wiederansammlung des Eiters „unfehlbar“ zu erwarten sei; *Huguenin* (Schweiz. Medic.-Kalender 1880) erklärt Aspirationen ebenfalls für unnütz und *König* äussert sich noch schärfer, indem er die Behandlung mit Thoracocentese geradezu „ein Hazardspiel“ nennt.

Schien es gleichwohl eine Zeit lang, als ob die letztere, namentlich in Verbindung mit Aspiration den alten Brustschnitt verdrängen werde, so hatte das seine guten Gründe. — Wohl mochte mancher Chirurg im Lauf der Jahrhunderte über die Wünschbarkeit freieren und dauernderen Abflusses, als er mit der Punction zu erreichen war, in's Klare gekommen sein. Aber lähmend fielen ihm dann in den Arm die traurigen Erfahrungen, die selbst bedeutende Männer mit ihren Schnittoperationen immer und immer wieder machten. Wenn von einer ziemlichen Zahl von Operirten *Astley Cooper* nicht einen, *Roux* und *Faure* nur je einen, wenn ein *Dupuytren* von seinen 50 nur 4 durchkommen sah, so begreift man, warum lange Zeit Andere sich nicht mit der Sache befassen mochten. Man begreift auch die fatalistische Muthlosigkeit *Dupuytren*'s, der, selbst am Empyem todtkrank, seinen zur Incision drängenden Collegen erklärte, er wolle lieber von Gottes, als von der Menschen Hand sterben! — Freilich waren später doch einzelne Chirurgen glücklicher; soll doch z. B. *Dieffenbach* von 36 Operirten fast $^2/_3$ durchgebracht haben. Aber im Allgemeinen waren die Resultate eben doch schlecht.

Die Thoracotomie, wie sie früher ausgeführt wurde, kränkelte eben — auch abgesehen von dem Mangel an Antisepsis — an einem capitalen Fehler, der nur bei ganz frischen Empyemen und rasch sich wieder ausdehnender Lunge nicht zur Geltung kam. Verödete nämlich die Eiterhöhle nicht schnell, fielen in Folge dessen die Rippen zusammen, so verschwand mit allen andern Intercostalräumen auch derjenige, in welchem die künstliche Fistel lag, und Stagnation der Secrete trat ein. Ja es konnte zur Verlegung und zur narbigen Verschliessung der Oeffnung kommen.

Um diesem fatalen Zustand, der auch in den mit besonderer Ueberlegung operirten Fällen von *Kussmaul* und *Bartels* hie und da eintrat, abzuhelfen, ersann man alle möglichen Mittel. Man wandte Ausspülungen an, um den Eiter herauszutreiben, man legte metallene Canülen ein, um den Abfluss zu erhalten. *Reybard* und *Sédillot*, später *Nélaton* und *Langenbeck* trepanirten, in der Hoffnung, eine permanente Fistel zu gewinnen, eine Rippe — Alles oft umsonst! Natürlich — denn die Ursache der Retention wurde ja durch das Alles nicht gehoben. Und die perforirte Rippe verschloss sich gewöhnlich, noch dazu sehr rasch, durch Calluswucherung.

Endlich verfiel man auf die Rippenresection. — *Wagner* gibt an, dass *Roser* schon 1859 dieses Auskunftsmittel empfohlen habe, und zwar nicht nur, um eine möglichst grosse Bresche für den Abfluss zu bekommen, sondern auch, um das Einsinken des Thorax zu erleichtern. Ich habe bei der Durchmusterung der Literatur nicht herausfinden können, wo *Roser* diesen Vorschlag gemacht habe. Jedenfalls hat derselbe in seinem chirurgischen Lehrbuch noch 1864 der Rippenresection



in einer geradezu schüchternen Weise gedacht, indem er sagt, statt der Anbohrung einer Rippe „wäre es vielleicht sicherer, ein Stückchen Rippe zu reseciren". — Erst im Verlauf der 1860er Jahre kam diese Operation auf die Tagesordnung.

1869 aber hat *Simon*, meines Wissens zuerst, mit aller Energie den wunden Fleck berührt, der bis dahin immer die Hauptschuld am Misslingen so mancher Schnittoperation bei älteren Empyemen getragen hatte. Durch ausgedehntere Rippenresectionen sollte ein Stück der Brustwand ausgeschaltet und dadurch die nöthige Verkleinerung des Thorax, die Verödung der Abscesshöhle erzwungen werden. Dieses Verfahren beruht auf einem ähnlichen Princip, wie es längst bei der Behandlung dickwandiger Cysten, z. B. der Schilddrüse, zur Anwendung kommt, wo man zur Erleichterung der Schrumpfung Stücke excidirt, weil die Incision allein auch keine Heilung bringen kann.

So rationell dieser Vorschlag war, so kam er doch Jahre lang noch nicht zur Verwirklichung. Wohl haben *Roser* und *Létiévant* in Fällen, wo auch nach Resection eines Rippenstücks durch Osteophytenbildung wieder Verengerung der Oeffnung eingetreten war, successive weitere Excisionen benachbarter Rippen vorgenommen. Aber so recht eigentlich in *Simon*'schem Sinne waren diese Operationen nicht gemacht. — Auch *König*, *Wagner* und *Starcke*, welche in neuerer Zeit wichtige Arbeiten über Empyembehandlung geliefert haben, befürworten die Rippenresection entweder nur, oder doch mehr deshalb, weil sie bei alten Empyemen dauernden Abfluss garantire, und begnügen sich darum auch mit der Entfernung von 2—3 cm. aus einer oder höchstens 2 Rippen. Wie wenig damit für die Verkleinerung des Thorax gewonnen wird, ist klar!

Der Erste, der wirklich mit dieser Absicht operirte, war *Schneider*, der 1877 — allerdings nicht bei einem gewöhnlichen Empyem, sondern bei einer enormen traumatischen Thoraxfistel, durch Resection grosser Stücke der 2.—6. Rippe und eines Stücks der Clavicula Heilung erzielte. — Im Jahr 1881 aber liess *Estlander* durch *Homèn* eine von 1877—1881 operirte Serie von 8 Fällen publiciren, in welchen allen er die von ihm sogenannte „Thoracoplastik" gemacht hatte. Es besteht diese Operation, die ich nachher genauer schildern und durch 2 eigene Fälle illustriren werde, in der planmässigen ausgedehnten Entfernung der die Abscesshöhle bedeckenden Rippentheile. — Endlich hat 1880 *Schede* zum ersten Mal und später noch 2 Mal, ebenso *Wiesinger* ein Mal bei ganz alten, sonst unheilbaren Empyemen eine Operation ausgeführt, wobei ebenfalls die Rippen über der Eiteransammlung abgetragen und die Mulde in der Tiefe mit einem vorher abgelösten grossen Hautlappen bedeckt wurde.

So ist denn in den letzten Jahren hinsichtlich der Nothwendigkeit, Empyeme breit zu eröffnen, fast völlige Uebereinstimmung unter den Chirurgen erzielt worden.

Streitig aber ist noch mehr oder weniger die Frage, unter welchen Umständen die einfache Thoracotomie, unter welchen dagegen der mit Rippenresection combinirte Brustschnitt am Platze sei. — *Lichtheim* (1872) und *Fritz* (1880) sprechen von der Resection kaum, *König* hielt sie 1878 bei Erwachsenen noch für unnöthig, weil er bei ihnen keine bedeutende Verengerung



der Intercostalräume fürchtet, *Wagner* und *Starcke* (1880) wollten sie nur für die sogen. „complicirten“ (d. h. für die bei Lungengangræn, phthisischen Cavernen und penetrirenden Brustwunden vorkommenden. meist putriden) Empyeme reserviren. *Huguenin* will von ihr überhaupt nichts wissen. Dagegen haben sowohl *König* (in seinen neuesten Publicationen) als *Estlander* sich dahin ausgesprochen, dass das Beste wohl sei, bei jeder eitrigen Pleuritis von einiger Dauer wenigstens ein Rippenstück von 2—3 cm. Länge auszuschneiden. Für frische Fälle lässt *König* die Frage noch offen, obschon er gern auch hier die Resection gemacht sähe.

Von wesentlicher Wichtigkeit ist übrigens die Entscheidung, ob bei hochgradig tuberculösen oder schon amyloid gewordenen Empyematikern auch der Schnitt, resp. die Resection vorzunehmen sei, oder nicht. Ich glaube, man kann darüber nicht im Zweifel sein, wenn man gesehen hat, eine wie viel grössere und namentlich nachhaltigere Erleichterung der Schnitt bringt, als die blosse Punction.

Nun steht zu hoffen, dass binnen Kurzem man allgemein sich der *König*'schen Ansicht anschliessen werde. Gewiss ist es klüger, von vorn herein den Eingriff ein Mal etwas über das Maass hinaustreiben, das die absolute Nothwendigkeit erheischt, als vielleicht nach einigen Monaten wieder zum Messer und dann erst noch zur Knochenscheere greifen zu müssen, weil die unangenehme Verengerung des Schnitts eingetreten ist. Das „least sacrifice of parts“, zu dessen Gunsten vor einigen Jahren *Bryant* warnend seine Stimme erhoben hat, wollen wir uns gewiss gern gesagt sein lassen. Aber nur der ist ein guter Haushalter, der am richtigen Ort zu sparen weiss; und mit der Erhaltung eines Zolles Knochen, den der Organismus gar nicht als Verlust empfinden kann, ja der sich später vollständig wieder ersetzt, vergeuden wir vielleicht eine unverantwortlich grosse Summe von Kraft und Gesundheit unseres Patienten. — Obendrein ist die Rippenresection eine so typische und bei einiger Uebung so leicht und rasch auszuführende Operation, dass man sie auch deshalb nicht zu scheuen braucht. Und endlich betont *König*, dass sie auch minder blutig ausfalle, als der Intercostalschnitt, weil man dabei die Weichtheile der Rippenzwischenräume nicht verletze.

Weitgehende Rippenresectionen aber, wobei, nach *Schneider*'s, *Schede*'s und *Estlander*'s Vorgang, 3—6 Knochen in grösserer Ausdehnung entfernt werden, sollte man für diejenigen Fälle versparen, wo bei alten Empyemen voraussichtlich nach einfacher Resection keine genügende Verkleinerung des Thorax eintreten würde.

(Schluss folgt.)

Ein Fall von Hemialbumose im Harn.

Von **P. Fueter-Schnell**, Apotheker in Burgdorf.

Bekanntlich ist das in pathologischen Fällen im Harne auftretende Eiweiss keineswegs ein einheitlicher Stoff, sondern ein Gemenge mehrerer. Vom Blute gehen in den Harn sowohl das Serumalbumin als wie auch das Paraglobulin über. Ausser diesen eigentlichen Eiweisssubstanzen finden sich zuweilen im Harne auch ihre nächsten, durch die Verdauungssäfte gebildeten Umwandlungsproducte: nämlich das Propepton (die Hemialbuminose *Kühne*'s) und das Pepton. Auf das Vor-



kommen der letzteren Substanz im Harne, namentlich bei Eiterungen, hat letzthin *Hofmeister* in Prag aufmerksam gemacht.

Das Propepton nach *Schmidt-Mühlheim* oder Hemialbuminose nach *Kühne*, das leicht durch Einwirkung von Magensaft auf Blutfibrin dargestellt werden kann und mit Pepton gemengt den wesentlichen Bestandtheil des käuflichen Pepton sicc. von *Witte* bildet, ist zuerst von *Macynter* und *Bence-Jones*[1]) schon vor 35 Jahren im Harne bei Osteomalacie aufgefunden worden. Später haben *Langendorff* und *Mommsen* bei der gleichen Krankheit, *Leube* in einem Falle von mit Urticaria auftretender Albuminurie und *Lassar* bei artificieller Nephritis das Auftreten der Hemialbuminose im Harne constatirt. (Vergl. hierüber *Salkowski* und *Leube*, die Lehre vom Harn. Berlin, 1882.)

Die Hemialbuminose, welche gleich wie das Pepton mit Kupfersulfat und Natronlauge die Biuretreaction gibt, verhält sich andererseits gegen Phosphorwolframsäure, Tannin, Essigsäure + Ferrocyankalium gleich wie die ächten Eiweisskörper, indem sie auch aus stark verdünnten Lösungen durch die letztgenannten Reagentien gefällt wird. Folgendes Verhalten ist für die Hemialbuminose besonders charakteristisch. Erhitzt man eine hemialbuminosehaltige Flüssigkeit zum Kochen, so gerinnt die Lösung nicht; säuert man aber die Lösung mit Essigsäure bis zur stark sauren Reaction an und fügt concentrirte Kochsalzlösung hinzu, so entsteht Trübung, resp. Niederschlag. Erhitzt man die trübe Lösung, so wird sie klar, beim Erkalten aber scheidet sich die Hemialbuminose wieder ab.

Vor Kurzem wurde mir von einem hiesigen Arzte ein Harn zur Untersuchung übergeben, der folgende Eigenschaften hatte: Der Harn war trüb, reagirte sauer, spec. Gew. 1,032. Das beim ruhigen Stehen gebildete Sediment bestand aus Harnsäurekrystallen, rothen Blutkörperchen und Epithelzellen der Harnwege. Cylinder waren keine vorhanden. Beim Ansäuren des Harns mit Essigsäure trübte sich der Harn stark und es entstand ein voluminöser, weisser Niederschlag. Als ich die Probe zum Kochen erhitzte, löste sich derselbe bis auf geringe Trübung (offenbar von Serumalbumin herrührend) auf und beim Erkalten bildete sich von Neuem der flockige Niederschlag. Es wurde nun die Gesammtmenge des mir übersandten Harnes mit Essigsäure stark angesäuert, mit $^1/_6$ seines Volumens conc. Kochsalzlösung versetzt, zum Sieden erhitzt und heiss filtrirt. Nach dem Erkalten des Filtrates schied sich ein voluminöser Niederschlag aus, mit welchem noch die anderen, für die Hemialbumose charakteristischen Reactionen angestellt werden konnten.

Wie mir der behandelnde Arzt mittheilte, stammte der Harn von einer verheiratheten, 38 Jahre alten Dame, welche ohne jede äussere Veranlassung plötzlich von heftigen Schmerzen im Rücken und der Lendengegend, Gefühl von Einschnürung im Unterleib und krampfhaften Contractionen des Zwerchfelles befallen wurde. Der Anfall war fieberlos. Medicamente, welche eine artificielle Nephritis hätten hervorrufen können, seien nicht verabreicht worden. Der am folgenden Tage gelassene Harn enthielt nur wenig, erst nach Zusatz von Kochsalz sich abscheidende Hemialbumose, und am dritten Tage enthielt der Harn kein Eiweiss und keine Hemialbumose mehr.

Da das Auftreten der Hemialbumose im Harne bis jetzt nur selten beobachtet wurde, so glaubte ich den von mir beobachteten Fall veröffentlichen zu sollen, um die Aufmerksamkeit auf diese Proteïnsubstanz im Harne zu lenken. Vielleicht dass bei wiederholten Beobachtungen das Auftreten der Hemialbumose im Harne sich pathognomisch verwerthen lässt. Der von mir mitgetheilte Fall würde sich an die Beobachtung von *Lassar*[1]) anschliessen, wonach bei künstlich erzeugter Nierenentzündung Hemialbumose in den Harn übergeht.

---

[1]) *Virchow's* Arch. B. 77, S. 164.

Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Präsident: Dr. *O. Haab.* Actuar: Dr. *Müller.*

Sitzung den 1. April 1882.[1])

Vortrag von Hrn. Dr. *Lüning*, Secundararzt der chirurgischen Klinik.

„Resultate und Technik der Tracheotomie bei Croup und Diphtheritis.“ [2])

Nach einem Hinweise auf die ganz ungewöhnliche Verbreitung, welche die Diphtheritis-Epidemie des Winters 1881/82 in Zürich und Umgebung gewonnen hat und mit der vorausgeschickten Bemerkung, dass in der folgenden Darstellung unter „Croup“ sowohl die diphtheritischen, als auch die jetzt immer seltener werdenden sogen. rein croupösen Larynx-Affectionen als zwar anatomisch und graduell verschieden, ätiologisch und therapeutisch aber Eins zusammengefasst werden sollen, ein Standpunkt, den ja die meisten Chirurgen einnehmen — demonstrirt der Vortragende zunächst einen Gesammtüberblick über die diesbezügliche Thätigkeit der chirurgischen Klinik des Zürcher Kantonsspitals unter den Directoren *Rose* und *Krönlein* (1868 bis Ende März 1882). Der betreffenden Tafel, welche graphisch die zeitliche Aufeinanderfolge der einzelnen Fälle zeigt und Aufschluss über Operation, Resultat, Alter und Geschlecht der Kinder gibt, entnehmen wir folgende wichtigste Daten:

Die Gesammtzahl aller im erwähnten Zeitraum behandelten Fälle beträgt 295. Aufgenommen werden (wegen Platzmangel) nur Kinder mit deutlicher Laryngostenose. Von diesen 295 mussten tracheotomirt werden 238 oder 80%, von welch' letztern wiederum 92 oder 39% geheilt wurden. 20% heilten (trotz schon eingetretener Laryngostenose, natürlich geringern Grades) ohne Operation. Macht Summa aller Heilungen mit und ohne Operation 50%. Von diesen 238 Tracheotomien fallen unter die Direction von Prof. *Rose* 197 mit 37% Heilungen, unter Prof. *Krönlein* 81 mit 42% Heilungen. Es kamen also in dem letztern, genau 1 Jahr umfassenden Zeitraum über 1/3 aller Tracheotomien vor, während sich die andern 2/3 auf 13 Jahre vertheilen. Da beide Kliniker so ziemlich die gleichen Prinzipien mit Bezug auf Indication und Zeitpunkt der Operation vertreten, so spricht dies plötzliche Anschwellen der Ziffer unbedingt für die abnorme Höhe der neuesten Diphtheritis-Morbidität, die übrigens allen Collegen sattsam bekannt ist. Eine Uebersicht über Frequenz und Resultate der Operation geben folgende Zahlen:

1868	wurden	gemacht	6	Tracheotomien;	davon	genasen	3	oder	50%.
1869	„	„	9	„	„	„	4	„	45%.
1870	„	„	13	„	„	„	4	„	31%.
1871	„	„	17	„	„	„	5	„	29%.
1872	„	„	3	„	„	„	1	„	33%.

[1]) Erhalten den 5. Januar 1883.

[2]) Der Vortrag ist in extenso eingeschickt worden und wird andern Referaten vorausgeschickt, da die Frage der Tracheotomie bei Croup und Diphtheritis in diesem Blatte vor Kurzem mehrfach behandelt wurde.



1873	wurden gemacht	10	Tracheotomien; davon genasen	3	oder 30%.
1874	„ „	11	„ „ „	1	„ 9%.
1875	„ „	9	„ „ „	4	„ 45%.
1876	„ „	12	„ „ „	5	„ 42%.
1877	„ „	21	„ „ „	8	„ 38%.
1878	„ „	4	„ „ „	—	„ 0%.
1879	„ „	18	„ „ „	7	„ 38%.
1880	„ „	15	„ „ „	5	„ 33%.
1881	„ „	45	„ „ „	20	„ 45%.
1882	(bis Ende März)	45	„ „ „	19	„ 42%.

Die vorgewiesene Tabelle illustrirt ferner noch das Gesetz, dass auf dem Höhepunkt der Epidemie die Operationen häufiger und ihre Resultate schlechter sind. Beispielsweise heilten im Beginn der letzten grossen Epidemie von 1881/82, einmal 5 und einmal 6 Operirte hintereinander, auch Heilungen ohne Operation kamen häufiger vor, einmal liegt zwischen 11 mit und ohne Tracheotomie Geheilten nur 1 Todesfall! Ganz anders Ende 1881 und Anfangs 1882. Da finden wir einmal 8 Todesfälle nach Operation hintereinander und von 24 auf einander folgenden Fällen genas keiner ohne Tracheotomie!

Eine Erklärung der jetzt so überaus grossen Frequenz der Operation ist indessen auch noch anderswo zu suchen. Die Operation ist entschieden bei Collegen und Eltern populärer geworden. Während noch vor wenigen Jahren die peinlichsten Scenen vorfielen, wo erschrockene und unvernünftige Eltern angesichts erstickender Kinder die Operation verweigern wollten, kommt eine derartige Renitenz jetzt kaum mehr vor. Namentlich in den Hauptquartieren unserer hauptstädtischen *Diphtheritis*, den Arbeitergemeinden Aussersihl und Wiedikon, ist die Bevölkerung über Bedeutung und Zweck des Eingriffs ganz befriedigend orientirt, und auch vom Lande her kommen keine Kinder mehr mit der ausdrücklichen Weisung: „sie dürften aber um keinen Preis operirt werden!"

Neben den Bemühungen einsichtiger Collegen trägt zu dieser Umstimmung wohl auch der Umstand bei, dass, Dank den Leistungen der Klinik (sowie des Kinderspitals), heute eine grosse Anzahl durch Tracheotomie geheilter Kinder über den grössten Theil des Kantons zerstreut sind, als lebende und wirksame Zeugen für Unschlüssige. Zur Illustration der geographischen Verbreitung der Croup-Operation demonstrirt der Vortragende eine Karte des Kantons Zürich, auf der Frequenz und Resultate der Tracheotomie in Farben eingetragen sind. Die weitaus überwiegende Mehrheit der Fälle gruppirt sich um Zürich und Ausgemeinden; doch zeigen auch die Seeufer, der südliche und mittlere Kantonstheil eine stattliche Anzahl von Fällen. Der nördliche Kantonstheil liegt mehr im Rayon des Einwohnerspitals Winterthur. — Von bemerkenswerthen Ziffern mögen folgende erwähnt sein: Auf die Stadt Zürich kommen 20 Tracheotomien mit nur vier Heilungen, Aussersihl 54 mit 21 Heilungen, Wiedikon 19 mit 9 Heilungen, Oberstrass 13 mit 4 Heilungen, Fluntern 3 mit 3 Heilungen, Riesbach 8 mit 3 Heilungen, Hottingen 6 mit 2 Heilungen, Horgen 6 mit 2 Heilungen, Wädensweil 5 mit 3 Heilungen. — Am unglücklichsten ist Stäfa mit 1 Heilung und 5 Todesfällen



ebenso die Stadt, am glücklichsten Rüti mit 1 Todesfall und 4 Heilungen gewesen.

Bei der fernern Beurtheilung der Resultate fällt nun sehr in's Gewicht, dass bei einmal feststehender Indication die Operation auch unter den ungünstigsten Umständen ausgeführt wurde. Also auch bei den schwersten gangränösen Formen der Diphtheritis, sofern Erstickungsgefahr eintrat! Auch bei Kindern unter 2 und sogar 1 Jahr, die ja manche Operateure prinzipiell ausschliessen! Die Chancen sind bekanntlich für diese Kleinen nicht günstig; aber einzelne gelingt es doch zu retten, so 1877 ein Kind von 8 Monaten! Im Ganzen gelang es doch, 11 Kinder unter 2 Jahren dem sichern Tode zu entreissen. Endlich wurde regelmässig auch in den leider nicht seltenen Fällen operirt, wo die Kinder schon asphyktisch, scheinbar leblos, mit Stillstand der Respiration eingebracht wurden. Durch sofortige Tracheotomie, Aspiration, künstliche Respiration gelang es nicht nur in einigen Fällen das scheinbar entflohene Leben vorübergehend wieder zurückzurufen (fast alle diese Patienten sterben nachher doch an Erschöpfung oder Deszendiren der Affection), sondern der Vortragende erlebte in 2 Fällen die Freude, bei allerdings schon etwas grössern Kindern definitive Heilung eintreten zu sehen (1 von ihm selbst, 1 von Dr. *Isler* operirt). In beiden Fällen trat die Asphyxie nicht etwa auf dem Operationstisch ein, sondern schon vor der Thüre des Spitals und wurden die Kinder für todt hereingebracht.

In der Privatpraxis gibt es natürlich schwerwiegende Gründe, die ein so consequentes Handeln von selbst verbieten; in einer Hospitalklinik darf keine auch noch so geringe Chance des Erfolges a priori aufgegeben werden.

Wenn nun trotz alledem die Heilungsziffer 39% aller Operirten, unter Prof. *Krönlein* sogar 42% ergab, so ist das ein Ergebniss, welches von andern grössern Spitalstatistiken bei weitem nicht oder kaum erreicht wird. Als Vergleich dienen folgende Ziffern:

Hôp. des enf. mal. in Paris	1850/57	hatte unter	389	Tracheot.	22%	Heilungen.
Ebenda	1860/67	„ „	813	„	25%	„
Trousseau (nach *Kühn*)		„ „	466	„	25%	„
Hôp. St. Eugénie *(Barthez)*	1855/68	„ „	573	„	28%	„
v. Langenbeck's Klinik *(Krönlein)*	1870/76	„ „	504	„	29%	„
Bethanien *(Settegast)*	1861/76	„ „	754	„	31%	„
Kopenhagener Stadtspital *(Wanscher)*	1863/76	„ „	400	„	42%	„

Das Mittel aus allen diesen grossen Zahlen macht 27%!

Indessen haben diese procentischen Werthe keine vollständige Gültigkeit für den Vergleich, da das Alter der Operirten für die Prognose ungemein schwer in's Gewicht fällt. Es ist deshalb unerlässlich, dass derartige Statistiken, wie dies *Krönlein*, *Settegast* und *Wanscher* thun, diesen Punkt in allererster Linie mit berücksichtigen. —

Die Demonstration einer die Frequenz und Resultate der Operation nach den verschiedenen Altersstufen an dem Zürcher Material veranschaulichenden graphischen Tafel lehrt nun Folgendes:



Im Alter von				Jahr kamen vor				Tracheot., davon betrug die Mortalität					
Im Alter von			0,5 — 1	Jahr kamen vor			6	Tracheot., davon betrug die Mortalität					83%.
"	"	"	1 — 2	"	"	"	45	"	"	"	"	"	78%.
"	"	"	2 — 3	"	"	"	43	"	"	"	"	"	67%.
"	"	"	3 — 4	"	"	"	53	"	"	"	"	"	64%.
"	"	"	4 — 5	"	"	"	38	"	"	"	"	"	53%.
"	"	"	5 — 6	"	"	"	22	"	"	"	"	"	63%.
"	"	"	6 — 7	"	"	"	12	"	"	"	"	"	50%.
"	"	"	7 — 8	"	"	"	7	"	"	"	"	"	27%.
"	"	"	8 — 9	"	"	"	4	"	"	"	"	"	25%.
"	"	"	9 — 10	"	"	"	3	"	"	"	"	"	33%.
"	"	"	10 — 11	"	"	"	1	"	"	"	"	"	0%.

Auch bei dieser genauern Analysirung erweisen sich die Zürcher Resultate als vergleichsweise höchst erfreuliche. Während z. B. für die Altersstufe von 2 bis 3 Jahren die Zürcher Statistik 33% Heilungen zeigt, haben *Krönlein* (*v. Langenbeck's* Klinik), *Settegast* (Bethanien) und *Wanscher* (Kopenhagen) nur 17, 23 und 29% für dieses Alter.

Was nun im Fernern die technische Ausführung der Operation anbelangt, so hat sich dieselbe im Lauf der Jahre recht verschieden gestaltet, und den Grund dafür gab die bekannte Thatsache, dass wir ja in unsern Gegenden unter anatomischen Verhältnissen operiren, welche durch den endemischen Kropf schon der Kinder sich bedeutend schwieriger erweisen. Dies musste besonders den aus Norddeutschland stammenden Operateuren auffallen, und vielerwähnt ist ja der Ausspruch *Billroth's* in seiner Zürcher Klinik (pag. 201): „Mir sind die in Zürich gemachten Tracheotomien bei Kindern als die schwierigsten Operationen im Gedächtniss von allen Operationen, die ich je gemacht habe;" ähnlich drückt sich *Rose* aus, und auch Hr. Prof. *Krönlein* constatirte gleich bei den ersten Fällen, die er hier wieder operirte, die bedeutend grössern technischen Schwierigkeiten. Nicht alle, aber doch die überwiegende Mehrheit unserer zur Operation gelangten Kinder besassen bereits mehr oder weniger pathologisch entwickelte Schilddrüsen und was meist noch viel störender ist, damit vergesellschaftet mächtige und durch das Respirationshinderniss strotzend gefüllte peristrumöse, peritracheale, suprafasciale und subcutane Venennetze.

Der Vortragende bespricht nun an der Hand einer Reihe von schematischen Skizzen die normale und pathologische Topographie des Operationsterrains. Als praktisch wichtige und mehr oder weniger häufig beobachtete Vorkommnisse werden angeführt:

A. Unterhalb des Isthmus der Schilddrüse (Gebiet der Trach. inferior): 1. Verdecktsein der trachea bis in's jugulum durch Struma. Selten als Verbreiterung des Isthmus aufzufassen, meist der Effect seitlich (den beiden Lappen entsprechend) entwickelter und median zusammenstossender Strumalappen. 2. Emporragen der Spitzen der gl. thymus bis zur Berührung des untern Schilddrüsenrandes, bei Kindern unter 3 Jahren mehrmals gesehen. 3. Starke supratracheale Venennetze, meist in Längsmaschen angeordnet, zwischen trachea und mittlerer Halsfascie. Sehr gewöhnlich. 4. Abnorme Entwicklung der meist linkerseits we-



nigstens angedeuteten Vena thyreoidea ima. Kann die halbe Breite der trachea überdecken. 5. Arteria thyr. ima Neubaueri, nach dem Entdecker in 10% der Fälle vorkommend, wurde einigemal gesehen, bildet kein wesentliches Operationshinderniss. 6. Die seltenen Arterienvarietäten, die in der Literatur erwähnt sind (Hochreichen des Truncus anonymus, Kreuzung der trachea durch die abnorm entspringende A. carotis, subclavia dextra, thyreoid. inf. sin.) wurden nie beobachtet.

B. Oberhalb des Isthmus (Gebiet der Trach. sup., Cricotracheotomie etc.). 1. Hochreichen des Isthmus, statt wie normaliter bis zum 2. oder 1. Trachealknorpel bis zum Ringknorpel (in Zürich fast die Regel), manchmal über das Lig. conoid. hinaus bis zum Schildknorpel, sogar bis an dessen obern Rand. 2. Breitaufsitzende Strumaknollen, den Seitenlappen oder dem Isthmus angehörig, die sich von der Seite her bis über die Mittellinie des Kehlkopfs legen, denselben auch meist seitlich verschieben. Kinder mit dieser Form haben zugleich allgemeine Struma und schon länger Stenosenbeschwerden. Die Prognose ist sehr schlecht. 3. Die bekannten mannigfachen Varietäten des sog. processus pyramidalis, sehr häufig, meist etwas links von der Mittellinie liegend, bald als abgetrenntes Drüsenläppchen auf dem Ring- oder Schildknorpel, bald durch einen Stiel noch mit dem isthmus verbunden, zuweilen als wurstförmiger, bleistiftdicker, von einem grössern Gefäss begleiteter Strang bis gegen das Zungenbein ragend. 4. Mehr oder weniger dichtmaschige Venennetze, die im Gegensatze zu dem untern Trachealgebiet in der Hauptsache quer angeordnet sind und auf der mittlern Halsfascie liegen. Auch der Winkel, wo nach der Auffassung von *Rose* die mittlere Halsfascie sich in zwei Blätter theilt, um nach abwärts den isthmus zu umschliessen, enthält viele Venen. 5. Nur eine, aber sehr mächtige Quervene, dem obern Rande des isthmus hart anliegend. 6. In zwei Fällen (1 von Prof. *Krönlein* und 1 vom Vortragenden operirt) lief ein geschlängeltes arterielles deutlich pulsirendes Gefäss vom Caliber einer Radialis dicht oberhalb der Schilddrüse quer über das Operationsgebiet. Diese Arterienvarietät konnte nicht näher festgestellt werden, da beide Kinder genasen. Es handelt sich wohl um den schon von *Rüdinger* und *Hofmokl* gesehenen abnormen Ursprung der A. thyr. sup. von der gegenüberliegenden Seite.

Diese localen manchmal recht bedeutenden Erschwerungen der Operation wirken natürlich sehr bestimmend auf die technische Auswahl derselben ein, und diese Auswahl ist von den in Zürich wirkenden chirurgischen Klinikern in sehr verschiedener Weise getroffen worden.

Billroth (Zürcher Klinik p. 200) machte immer die Laryngotomie im Lig. conoid., ein jetzt wenigstens für die Crouppraxis obsoletes Verfahren, dem schwere Mängel anhaften; es schafft eine zu enge Wunde, und *Billroth* verlor ein Kind unter den Händen durch Verletzung des isthmus bei einem Dilatationsversuche mit dem Knopfmesser. Von 12 Kindern genas 1.

Rose schwankte zuerst, wie aus den Krankenjournalen hervorgeht, zwischen Tracheot. sup. und inferior und übte in den ersten 3 Jahren beide Verfahren; dann entschied er sich prinzipiell für die Tracheotomia inferior gerade wegen der localen Verhältnisse und wandte dieselbe seither ausnahmslos an.



Hr. Prof. *Krönlein* bediente sich von Anfang seiner hiesigen klinischen Thätigkeit an ohne Ausnahme der Tracheotomia superior nach der *Bose*'schen Modification, eines Verfahrens, das sich ihm in der *v. Langenbeck*'schen Klinik in Hunderten von Fällen bewährt hatte. Ihm verdankt auch der Vortragende die genauere Bekanntschaft mit der Technik dieser auf gewissen anatomischen Eigenthümlichkeiten basirten Operationsmethode. Nach der ältern, theilweise auch heute noch üblichen Ausführungsweise der Trach. sup. pflegte man die mittlere Halsfascie oberhalb des isthmus mit einem Längsschnitt zu eröffnen und dann durch Einsetzen von stumpfen Haken und stumpfes Arbeiten mit Skalpelstiel oder Pincette die entstandene Lücke solange zu dehnen, bis die obersten Trachealknorpel sichtbar wurden. *Bose* dagegen löst bekanntlich den isthmus in seiner Fascien-Duplikatur durch einen Querschnitt, welcher die mittlere Halsfascie theilt, von der Kuppe des Ringknorpels, worauf er unschwer mit der Hohlsonde beliebig weit von der trachea nach unten abgelöst, und so Raum für die Incision derselben ohne Verletzung des Larynx oder doch nur mit Durchtrennung des Ringknorpels gewonnen werden kann. Eigenthümlich sind dem *Bose*'schen Verfahren einige sehr einfache und praktische Instrumente, die den Operateur unabhängig von sachkundiger Assistenz machen, ein federnder Wundhaken zum Auseinanderhalten der Weichtheile und zwei korkzieherartig gewundene scharfe Häkchen zur Fixation der trachea vor dem Einschnitt.

Die Erfahrung hat nun gelehrt, dass bei genügender anatomischer Vertrautheit mit den vorkommenden Abweichungen von der Norm und bei einigem operativen Takt gerade das *Bose*'sche Verfahren sich vorzüglich für die prompte und klare Blosslegung des obersten Trachealgebietes auch in den Fällen eignet, wo dasselbe vielleicht noch sammt einem Theil des Kehlkopfs von Struma- oder Venenmassen überlagert ist. Natürlich sind dazu einige Modificationen erforderlich, die sich übrigens leicht ergeben und, wenn mit Bewusstsein gemacht, unschädlich sind. So muss nicht selten die Querincision und Ablösung des Fascienwinkels schon am Schilknorpel gemacht werden, einigemal geschah dies bei hochreichenden Kröpfen sogar am obern Rande desselben. Man wird ferner sehr dicken Venen, die zum Glück hier meist quer verlaufen, durch eine kleine Verlegung des Querschnittes aus dem Wege gehen. Geschieht dies nach oben vom Ringknorpel, so hat man bei der Ablösung sich zu erinnern, dass nun noch die feste Verwachsung mit der Kuppe des Ringknorpels folgt, für deren Lösung mitunter die Sonde nicht ausreicht. Hat man, um einen stark entwickelten processus pyramidalis zu vermeiden und ihn nach links zu verschieben, den Querschnitt ein klein wenig nach rechts verlegt, so ist strenge darauf zu achten, dass man nun mit der Sonde nicht nur seitlich, sondern auch in der Medianlinie nach unten arbeitet. Diese Ablösung mit der Hohlsonde ist sehr wirksam und legt oft überraschend schnell 4—5 Trachealringe bloss. Dabei ist sie vollständig ungefährlich und unblutig, wenn man folgende Regeln beobachtet. 1. Die (höchstens 1 cm. lange) Querincision muss auch wirklich die mittlere Halsfascie selbst (nicht etwa schon die superficialis) treffen und bis auf den Knorpel durchtrennen. Thut man dies nicht gehörig, so kann die Sonde beim Ablösen in den mit Venen ge-



füllten Fascienwinkel gerathen, der durch das Auseinanderweichen der beiden Blätter gebildet wird, in die sich die mittlere Fascie behufs Umschliessung des Schilddrüsen-Isthmus theilt. Alsdann kann starke Blutung durch Verletzung des isthmus entstehen. Man mache deshalb den Querschnitt nicht zu nahe am isthmus, um jedenfalls die Fascie da zu treffen, wo ihre beiden Blätter wieder verschmolzen sind. *Bose* gibt als Regel hiefür die Kuppe des Ringknorpels an, was für unsere Verhältnisse nicht immer passt. 2. Die Sonde muss bei dem nun folgenden Ablösen der von dem hintern Fascienblatt gebildeten Rückwand des isthmus immer median und hart an der trachea bleiben, dann ist keine Blutung möglich.

In ähnlicher Weise können aberrirende Läppchen, proc. pyram. und selbst grössere Strumaknollen von der correct geöffneten Halsfascie aus leicht und unblutig mit der Sonde unterminirt und mobilisirt werden, da auch sie in Fascienduplicaturen liegen, wie man sich durch Präparation überzeugen kann.

Hr. Prof. *Krönlein* hat den praktischen Beweis geliefert, dass die nicht geringen localen Schwierigkeiten sich immer zum Theil durch zweckmässige Variationen der *Bose*'schen Methode besiegen lassen. In keinem Falle waren diese Schwierigkeiten so beträchtlich, dass zur Tracheot. inf. hätte übergegangen werden müssen, in keinem Falle wurde nach oben mehr als der Ringknorpel durchtrennt. Der Vortragende selbst machte anfangs noch in sehr eiligen Fällen die ihm geläufigere Tracheot. inf., hat jetzt aber auch seit Beginn des Jahres in 27 Fällen hintereinander ohne Ausnahme immer die Trach. sup. nach *Bose* ausgeführt.

Im Ganzen hat der Vortragende während seiner 4½jährigen Assistentenzeit seinen Lehrern *Rose* und *Krönlein* bei ca. 100 Croup-Tracheotomien assistirt und ausserdem in über 50 weitern Fällen die Operation selbst ausgeführt. Von beiden Categorien mag die Zahl der obern und untern Tracheotomien ungefähr gleich sein. Wenn er auf Grund seiner eigenen Erfahrungen sich ein Urtheil über den Werth beider Methoden für die Praxis sich erlauben darf, so würde dasselbe folgendermassen ausfallen.

Die Tracheotomia inferior hat gewisse Vorzüge, die ihr nicht abzusprechen sind. Gerade in Fällen ausgedehnter Struma-Entwicklung treten dieselben deutlich hervor. Es kann vorkommen, dass bei intacten Hautdecken bis in's jugulum keine Spur von der trachea durchzufühlen ist, und doch vollzieht sich die Operation mit überraschender Leichtigkeit. Dies erklärt sich daraus, dass vermöge der Existenz eines lockern prätrachealen Zellgewebes zwischen trachea und mittlerer Halsfascie alle die Luftröhre verdeckenden Theile bedeutend dislocirbarer sind. (Struma, Venen, Thymus). Nach Spaltung der mittlern Halsfascie, bis zu welchem Acte die Operation oben und unten gleich verläuft, gelingt es dem tastenden Finger immer, irgendwo ein wenn auch minimales Stückchen trachea durchzufühlen; an dieser Stelle ergreift man nun eine Falte des lockern prätrachealen Zellgewebes mit Vermeidung von Venen und schlitzt dasselbe mit der Hohlsonde bis zur Berührung der Trachea ein. Jetzt kommt der Moment, wo der Operateur eines zuverlässigen Assistenten bedarf. Derselbe setzt in die so entstandene kleine Lücke nach beiden Seiten stumpfe Haken, am besten die dem *Desmarres*'schen Lidhalter nach-



gebildeten *Rose*'schen „Kropfhaken", die vermöge ihrer Breite das Loch im Bindegewebe nicht nur in einen Querschlitz, sondern in ein Quadrat verwandeln und bei richtiger Haltung das seitliche Vorquellen des Zellgewebes und der geblähten Venen absolut verhindern. Alle Venen werden, weil sie hier in lockerm Gewebe liegen, mögen sie auch noch so dick sein, mit auf die Seite verzogen und sicher unter den Haken gehalten, und ein Stück der Luftröhre liegt nun frei. Genügt dasselbe noch nicht zur Incision, stören Quervenen, die übrigens hier seltener, oder die Strumalappen von oben, die Thymus oder das sich emporblähende Mediastinum von unten, so werden schmalere Haken nach oben und unten eingesetzt und einem zweiten Assistenten übergeben. Durch dieses sehr wirksame Manöver kann man in allerkürzester Frist einen Zoll der trachea vollständig blosslegen, selbst in Fällen, wo kurz vorher der tastende Finger Mühe hatte sie zu entdecken, Die Incision der trachea selbst machte *Rose* aus freier Hand; man kann sie auch vorher durch Häkchen fixiren. —

Die Operation kann unter Befolgung dieser Regeln ungemein rasch vollendet werden und dauert oft keine fünf Minuten. Die Blutung ist in der Regel ganz unerheblich und erforderte in den meisten Fällen gar keine Ligaturen als vielleicht einiger subcutaner Venen im Hautschnitt. Man eröffne das prätracheale Bindegewebe erst nach vollständiger Blutstillung und lege dann das Messer ganz bei Seite, da es hier bei Strumösen von Venen wimmelt, deren Verletzung und Unterbindung sehr zeitraubend und unangenehm werden könnte. Zumal bei grössern Kindern (noch mehr bei Erwachsenen) arbeitet man doch schon in einer beträchtlichen Tiefe. Man soll desshalb möglichst nahe dem untern Rande der Schilddrüse eingehen, und wo derselbe tief reicht, sich ihn durch einen stumpfen Haken aufwärts ziehen lassen. Der Anfänger incidirt die trachea gewöhnlich tiefer unten, als nöthig gewesen wäre.

Die rasche Ausführung dieser Operation ist aber sehr von der Assistenz abhängig. Ein geübter Assistent kann dem Operateur die Sache sehr erleichtern; es ist aber nicht ganz leicht, die Haken so sicher zu halten, dass nicht wieder schon verzogene Venen auf das enge Operationsgebiet vorfallen, und doch so delicat, dass sie die weiche kindliche trachea nicht platt ziehen und so direct Asphyxie machen. Ist genügende Assistenz vorhanden, wie in einer Klinik, und höchste Eile nothwendig, wie dies ja gerade häufig bei erst im letzten Momente hereingebrachten Kindern passirt, so wird man bei stark entwickelter Struma mit der Tracheotomia inferior schneller an's Ziel gelangen; trifft dies nicht zu, wie u. A. meist in der Privatpraxis, so ist entschieden davon abzurathen. Ohne Zweifel kann man bei reichlicher Zeit, guter Beleuchtung und geringen topographischen Schwierigkeiten auch allein mit einer Tracheotomia inferior fertig werden, wird aber viel wahrscheinlicher beim Ausbleiben dieser Bedingungen in unangenehme Situationen gerathen.

Die Tracheotomia superior nach *Rose* dagegen lässt sich ganz gut auch in schwierigen Fällen ohne sachverständige Assistenz ausführen (selbstverständlich Leute zum Fixiren des Kindes abgerechnet). Es ist ganz angenehm und erleichternd, wenn man Jemanden hat, der das Blut abtupft, bei den

ersten Schnitten durch Haut und Muskel-Interstitium mit der Pincette hilft und bei etwaigen Unterbindungen behülflich ist; aber ein absolutes Bedürfniss ist das nicht, und der Vortragende hat mehrmals (Prof. *Krönlein* in Berlin in der Regel) in dringenden Fällen, wie dies ja auch in Spitalverhältnissen vorkommen kann, die Operation ohne Assistenz ausgeführt, ohne dadurch wesentlich genirt gewesen zu sein. Diese Unabhängigkeit von fremder Hülfe ist aber ceteris paribus das Wichtigste und Ausschlaggebende für die Beurtheilung der beiden Methoden. Bei einer Operation, die der Chirurg und der praktische Arzt überhaupt zu jeder Stunde des Tages und der Nacht zu machen in den Fall kommen kann, ist Beanspruchung von Collegen zur Mitwirkung ja so oft unmöglich, und solche Gefahr oft im Verzuge!

Im Uebrigen ist die Tracheotomie nach *Bose* keineswegs etwa leichter für den Operateur. Das Operationsgebiet über dem isthmus ist ein viel enger umschriebenes, die Bewegungen des Kehlkopfs störender und Narkose deshalb unerlässlicher (es wurde von ihr nie ein Schaden bemerkt; bei fast Asphyktischen unterblieb sie), die Blutung bei der Incision der mittlern Halsfascie lästiger, da hier gerade oberhalb des isthmus die Venen sich häufen und wegen straffer Anhaftung nicht dislocirt werden können, sondern oft verletzt und unterbunden werden müssen; die saubere und weite Ablösung der Schilddrüse und ihrer Anhänge beansprucht oft einige Minuten Zeit. Thut höchste Eile Noth, so löst man nicht so gründlich ab und incidirt dafür den Ringknorpel, was weiter keinen Schaden bringt.

Die Möglichkeit, trotz der angedeuteten Schwierigkeiten ohne Assistenz operiren zu können, beruht einmal in der viel grössern Zugänglichkeit der Wunde, die niemals eine erhebliche Tiefe erreicht, hauptsächlich aber in der Anwendung der *Bose*'schen Instrumente. Der federnde Wundhaken spreizt die Weichtheile gleichmässig auseinander, indem er bei jedem Durchtrennen einer tiefern Schichte tiefer, zuletzt in den Schlitz der fascia media eingesetzt wird. Liegt die trachea gehörig bloss, so werden die spiralig gebogenen Häkchen seitlich in dieselbe eingeschraubt, um sofort nach der Incision den Knorpelschnitt gehörig zum Klaffen zu bringen. Nun kann man mit Musse die trachea inspiziren, Membranen mit der Pincette entfernen etc., ohne besorgen zu müssen, die trachea wieder zu verlieren; denn eines der Häkchen hält der Operateur selbst mit der linken Hand, während das andere auch dem ungeschicktesten Laien zum Anziehen anvertraut werden kann, da es sich nur durch eine Rotationsbewegung wieder aus der Trachealwand löst.

Auch die Nachbehandlung wird durch die Tracheotomia sup. erleichtert, die Wunde fällt meist kleiner aus, das Entfernen und Wiedereinführen der äussern Canüle kann, wenn es überhaupt nöthig, ohne besondere Assistenz geschehen, während dies wenigstens in den ersten Tagen bei dem tiefen Wundkanal der Tracheotomia inf. nicht rathsam ist. Was die Heilungsziffer anbetrifft, so heilten von 149 Tracheotomia inferior der Zürcher Klinik 36%, von 82 Tracheotomia superior 42%.

Zum Schluss demonstrirt der Vortragende an zwei Spirituspräparaten die Anordnung der Halsfascie nach der *Bose*'schen Auffassung und die anatomischen



Besonderheiten des obern und untern Operationsterrains, sowie die einzelnen Akte beider Methoden unter Benutzung der erwähnten Instrumente.

An der Diskussion betheiligten sich die Herren Prof. Dr. *Krönlein* und Dr. *W. v. Muralt.*

Der Actuar: *Herm. Müller.*

Referate und Kritiken.

Ueber Narbenstricturen im oberen Abschnitte der Luftwege.

Von Dr. *Alexander Jacobson,* Privatdocent der Chirurgie in Leipzig.
Sammlung Klinischer Vorträge, herausgegeben von *Richard Volkmann.* Nr. 205.

Die Stricturen des Kehlkopfs, der Trachea und deren erster Zweige werden in dem vorliegenden Vortrag nach ihrer Aetiologie, Pathologie, Diagnose und Prognose besprochen. Verfasser hofft, dass zukünftig die Mehrzahl der Patienten vom beständigen Tragen einer Canüle befreit sein werden. Bezüglich der Therapie verweist er auf die Arbeit von *W. Hack;* Sammlung Klinischer Vorträge, herausgegeben von *R. Volkmann.* Nr. 152.

Unter den Ursachen werden vor Allem die Verletzungen aufgeführt. Es überwiegen die Verletzungen zu Friedenszeiten ganz bedeutend die während des Kriegs. Sehr häufig ist Syphilis Ursache von Kehlkopfstricturen, für Stricturen der Trachea und ihrer ersten Zweige fast ausschliesslich. Verfasser selbst beobachtete zwei hieher gehörige Fälle, den einen davon, welcher eine 45jährige Frau betrifft, beschreibt er und theilt das Ergebniss der Section mit. Die Strictur sass in der Höhe des 4. Trachealringes. Von andern Infectionskrankheiten nennt Verfasser Typhus, Pocken und Diphtherie. Auch bei chronischem Verlaufe des Rotzes im Larynx und in der Trachea entstehen umfassende und tiefe Geschwüre und Narben. Ferner gibt es eine Stenose oder allgemeine Verengerung des Larynx durch Nichtgebrauch, z. B. bei Tracheotomirten. Angeborne Stenosen sind mehr in anatomischer Hinsicht interessant. Verfasser erwähnt ausserdem als nicht streng hieher gehörig die Granulationen, welche bei allen möglichen Ulcerationsprocessen in der Trachea am Rand von Geschwüren entstehen können.

Die Stenosen können entstehen durch Defecte und Substanzverluste mit consecutiver Ausgleichung durch Narbengewebe und Schrumpfung; ferner durch Verdickung der Submucosa und des Perichondriums infolge langdauernder und tiefgreifender Entzündung; bei Fracturen und Luxationen durch Dislocation von Knorpeln und deren Fragmente; ausserdem durch Anchylose der Gelenke zwischen Ring- und Ary-Knorpel, sowie durch partielle oder totale Verwachsung der Stimmbänder. Bei intacten Knorpeln beobachtet man die geringsten Grade von Verengerung, im entgegengesetzten Falle die hartnäckigsten und engsten Stricturen. Unterhalb einer Strictur sind die Luftwege nicht selten erweitert, gleichzeitig besteht Lungenemphysem. Die Stricturen kommen einzeln oder multipel vor. Ihrer Form nach unterscheidet man sie in membranöse, ringförmige, cylindrische und trichterförmige.

Eine leichte Strictur kann bestehen, ohne Symptome zu machen. Respirationsbeschwerden sind vielfach nicht direct von dem Grade der Strictur abhängig, sondern häufig sind es intercurrirende Complicationen wie Schwellungen, Anhäufung von Secret u. s. w., welche die Stenose steigern. In vielen Fällen macht sich die Strictur zum erstenmal durch hochgradige und plötzlich eintretende Dyspnoë geltend. In andern Fällen kommen die Athembeschwerden allmälig, zuerst hauptsächlich nach Ermüdungen und langen Gesprächen; später wird die Behinderung constanter; auch treten schon aus der Entfernung hörbare laryngo-tracheale Athmungsgeräusche auf. Nicht selten sind örtliche Schmerzen, Husten, Dysphagie. Je nach dem Sitz der Strictur erleidet auch die Stimme Veränderungen.

Zur Stellung der Diagnose hilft, nach Ausschluss aller anderweitigen Leiden, welche Dyspnoë machen, nicht selten die Palpation des Larynx und der Trachea. Die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel kann genaue Resultate ergeben, vielfach lässt sie aber im Stich oder kann überhaupt nicht ausgeführt werden.



Wichtig ist die Bestimmung des Sitzes einer Strictur. Nach Infectionskrankheiten wird vorwiegend der Kehlkopf befallen; nach Syphilis findet sich die Strictur 3 Mal häufiger oberhalb als unterhalb des Ringknorpels; Stricturen traumatischen Ursprunges gehören meist dem obern Abschnitt des Halses an.

Kehlkopfstricturen machen sehr oft bedeutende Veränderungen der Sprache; diese können sogar das erste Symptom sein und den Athmungsbeschwerden vorausgehen. Dysphagie, Husten und localer Schmerz sind häufig. Die Athemnoth entwickelt sich rasch; dabei macht der Larynx, wenn er nicht abnorm fixirt ist, weite Excursionen bis hinab an das Jugulum und zurück. Ist der Kranke schon tracheotomirt, so kann der Larynx nach Einführung einer gefensterten Canule auf seine Durchgängigkeit geprüft werden. Auch die Untersuchung durch Bougies und Sonden kann Aufschluss geben.

Bei Stricturen der Trachea oder der Bronchien leidet die Stimme weniger; häufig nimmt sie an Stärke ab. Die Athemnoth bildet sich meist allmälig aus. Stenose eines Hauptbronchus hat Abschwächung oder Authebung des Athmungsgeräusches der entsprechenden Lunge zur Folge.

Für den Fall, dass die Lage der Strictur nicht bestimmt werden kann, aber eine Eröffnung der Luftwege nöthig ist, räth Verf. die Tracheotom. inf. an.

Je tiefer eine Strictur liegt, um so ungünstiger wird ihre Prognose. Ausserdem sind für die Behandlung Ausdehnung und Beschaffenheit der Wandungen der zu dilatirenden Strictur von grossem Belang. *Zimmerlin.*

Ueber das subseröse Uterusfibroid.

Von *Ernst Börner*. *Volkmann*'s Sammlung klin. Vorträge Nr. 202 (Gynæcologie Nr. 58).

Bei der Beurtheilung der Laparotomien wegen Uterusfibromen ist bis jetzt zu wenig unterschieden worden, ob es sich um subseröse, dünngestielte Tumoren oder um breitgestielte resp. intramurale handelt. Es ist dies wichtiger als die Unterscheidung, ob der Uterus bei der Operation im Corpus oder Cervix, hoch oder tief amputirt worden sei.

Theoretisch scheint die Entfernung dünngestielter, subseröser Tumoren leichter als die breit aufsitzender, practisch erwies sich bis vor Kurzem die Prognose für beide ungefähr gleich, weil immer die mit einer Laparotomie verbundenen Gefahren in Betracht kamen. Jetzt sind dieselben gering und die Schwierigkeiten der Exstirpation resp. der Stielbehandlung werden die Prognose bedingen.

Auch die Symptome sind je nach dem Sitz der Geschwulst verschieden. Subseröse Tumoren verursachen keine Blutungen, während sie bei submucösen und interstitiellen eine der Haupterscheinungen bilden.

Als mechanische Störungen finden sich Verlagerungen des Uterus selbst und Compression seiner Nachbarorgane mit den bekannten Folgen. Sie kommen bei allen Formen vor, sind aber bei den interstitiellen Fibroiden schwerer als bei den subserösen. Die Art des Schmerzes ist oft für den Entwicklungsort charakteristisch. Beim interstitiellen Fibrom ist meist Zerrungsschmerz bei den Menses vorhanden, beim submucösen Wehenschmerz, beim subserösen zeitweise peritonitische Schmerzen. Ascites kommt bei submucösen und interstitiellen Fibromen als Folge der durch die Blutungen bedingten Anämie vor, öfter bei subserösen durch Insult des Peritoneum; ebenso ist Peritonitis bei letztern am häufigsten. Dyspnœ hängt lediglich von der Grösse der Geschwulst ab. Seltenere Erscheinungen sind Eklampsie, sowie Hæmato-, Hydro- und Pyometra, und Sterilität ist häufig bei submucösen und interstitiellen, selten bei subserösen Tumoren.

Aus seinen Betrachtungen zieht Verf. folgende Schlüsse in Bezug auf die Operation. „Die Indication für Laparotomie ist vorzugsweise gegeben: a) bei interstitiellen Fibroiden — durch bedrohliche Blutungen, durch schwere Compressionserscheinungen, durch hochgradige Dyspnœ; b) bei (gestielten) subserösen Fibroiden — durch Schmerzhaftigkeit, durch Ascites, durch Peritonitis, durch Sterilität, durch Compressionserscheinungen, durch Dyspnœ."

Die Prognose der Operation der subserösen Fibroide ist günstig. Zwölf Fälle, worunter ein von *Börner* operirter, dessen Krankengeschichte beigegeben ist, sind sämmtlich geheilt. Frühere Statistiken von Fibromoperationen ergaben ziemlich hohe Mortalität. Dies beweist von Neuem die Nothwendigkeit der Trennung von subserösen und interstitiellen Tumoren. Zum Schluss wird das Verhalten des Stiels bei extraperitonealer



Behandlung besprochen. Es kommt vor, dass sich der Uterus von der Anheftungsstelle an den Bauchdecken spontan ablöst. Auch wenn dies nicht geschah, konnte kein nachtheiliger Einfluss auf spätere Schwangerschaften constatirt werden. *Gönner.*

Cantonale Correspondenzen.

Aargau. In Ober-Entfelden bei Aarau starb am 6. Januar Herr Dr. *Jak. Melchior Thut*, geb. 1814. Im Jahre 1838 in Zürich promovirt, absolvirte der Verstorbene 1840 das aarg. Staatsexamen und trat sodann in seiner Heimatgemeinde als Arzt in die Fussstapfen seines Vaters. Originell, offen, von heiterm Humor und volkstümlichem Wesen genoss er im Volke einen ebenso guten Ruf als Arzt wie als Berater in politischen und andern öffentlichen Angelegenheiten. Im politischen Leben des Kantons spielte er als Mitglied des Gr. Rates während 25 Jahren und in seiner Heimatgemeinde zeitlebens in öffentlichen Angelegenheiten eine Rolle, so zwar, dass sein Freund, Herr R.-R. *Karrer*, im Entwurfe eines Lebensbildes an seinem Grabe sagen konnte, durch sein intensives und lang anhaltendes öffentliches Wirken in der Gemeinde habe er ihr selbst den Charakter seiner Eigenartigkeit aufgeprägt. In den letzten Jahren viel von Gicht geplagt und gegen Ende des Jahres 1881 mit knapper Not einer doppelseitigen Pneumonie entronnen, scheint der Verstorbene kurze Zeit darauf eine perityphlitische Affection überstanden zu haben, die den Grund zum schnellen üblen Ausgang der gegenwärtigen Krankheit gelegt hat. In Folge einer leichten Erkältung oder eines Diätfehlers zog sich *Thut* neuerdings eine Typhlitis zu, welcher wenig intensive allgemein peritonitische Erscheinungen nachfolgten. Die Haupterscheinungen waren ausser Schmerz anfänglich ein heftiger Schüttelfrost, starker Meteorismus, tagelang anhaltender Singultus und fortwährendes Erbrechen unter den Erscheinungen des Darmverschlusses (Ileus). Kein Fieber, zuweilen subnormale Temperatur. Die Section ergab starke Injection der Darmserosa, lose Verklebung der Dünndarmschlingen durch frische fibrinöse Ausschwitzungen, Fixirung des Cœcum durch Bindegewebsstränge an der vordern Bauchwand und vollständige Verwachsung der hintern Darmwand mit dem retrocöcalen Zellgewebe (Residuen früher überstandener Peri- und Paratyphlitis), frische Perityphlitis mit Abscessbildung, eine nekrotische Darmstelle mit Kotdurchbruch in den Abscess, keine Darmocclusion. Die in Folge der Kotstauung entstandene Entzündung hat demnach bei den schon für eine ungehinderte Peristaltik bestehenden Schwierigkeiten genügt, die Erscheinungen des Ileus hervorzurufen, resp. Darmocclusion vorzutäuschen. Einen traurigeren Abschluss des ärztlichen Lebens als durch ein Miserere kann es nicht geben.

Ehre dem Andenken des wackern Collegen und ausgezeichneten Bürgers! *Z.*

Bern. Dr. *Joh. Uhlmann* †. Den 11. December vorigen Jahres ist in Münchenbuchsee, Ct. Bern, ein College gestorben, welcher der jüngeren Aerztegeneration wohl weniger bekannt ist, als der ältern, während sein Name in der Gesellschaft der Naturforscher im engern Sinne und bei den Alterthumsforschern einen guten und weit bekannten Klang besass. Dr. *Joh. Uhlmann*, dessen Lebensfaden an jenem Tage durchschnitten ward, war während seiner Wirksamkeit als Arzt in Münchenbuchsee, wo er sich im Jahre 1848, 28 Jahre alt, dauernd niederliess, bis Ende der sechziger Jahre, wo er von der ärztlichen Praxis fast ganz zurücktrat, nach den Mittheilungen Aller, die damals mit ihm verkehrten, ein Muster von Gewissenhaftigkeit und Aufopferungsfähigkeit seinen Clienten gegenüber. Aber schon gleich nach Absolvirung seiner medicinischen Studien auf der Universität Bern beschäftigte er sich in der freien Zeit und während der Praxis auf seinen Fusstouren mit naturwissenschaftlichen Forschungen, wobei sein Interesse sich mit Vorliebe der Kryptogamenkunde und dem Sammeln und Untersuchen von Petrefacten und andern Alterthümern zuwandte. Zum Theile dieser seiner Lieblingsarbeit zu Liebe, dann auch wegen der unangenehmen Folgen eines ziemlich beträchtlichen Lungenemphysems, jenem Leiden, dem er schliesslich nach langem Krankenlager erlegen ist, zog sich *Uhlmann* zu Ende der sechziger Jahre grösstentheils von der Ausübung des ärztlichen Berufes zurück und widmete nun seine Aufmerksamkeit wesentlich der Bereicherung und Ordnung seiner Antiquitätensammlung, die denn auch in der That eine Mustersammlung wurde, was Reichhaltigkeit, Anordnung, genaue Bestimmung der vorhandenen Gegenstände



und vortreffliche, zum Theil ganz originelle Art der Aufbewahrung derselben betrifft. Nur Freunden und Verwandten, sowie den Armen seines Wohn- und Heimathortes Münchenbuchsee lieh er seither noch ärztliche Hülfe. Trotz seiner stillen und zurückgezogenen Beschäftigung aber brachte *Uhlmann*, so lange seine Gesundheit es ihm erlaubte, den öffentlichen Fragen und Discussionen der Gemeinde reges Interesse entgegen und bekleidete sogar lange Zeit mit Eifer und zu allgemeiner Zufriedenheit die Stelle eines Gemeindepräsidenten. Nur seine kirchliche Stellung auf dem äussersten rechten Flügel der bernischen Orthodoxie brachte ihn zuweilen in Conflict mit seinen Gemeindegenossen; und seine Schlagfertigkeit in der Rede und politische Klugheit machte bei solchen Anlässen den Gegnern oft und viel zu schaffen; aber stets musste man ihm einräumen, dass er in mannhafter und ehrenwerther Weise nur für das energisch einstund und dem zum Siege zu verhelfen suchte, von dessen Richtigkeit und Vortrefflichkeit er überzeugt war.

Jedenfalls war *Uhlmann*, dies Zeugniss werden ihm auch seine Gegner nicht versagen, ein äusserst pflichtgetreuer und gewissenhafter Arzt, ein unermüdlicher Arbeiter, ein braver Bürger und trotz seiner schwachen Gesundheit ein lebhafter und energischer Kämpfer für Alles, was er für recht und nützlich hielt; er hat daher volles Anrecht auf ein liebe- und achtungsvolles Andenken. *G.*

Zürich. Subacute Phosphorvergiftung. Kaum 14 Tage nach Wiedereinführung der Phosphorzündhölzchen ereignete sich folgender Fall von subacuter Phosporvergiftung:

N. N., ledig, 38 Jahre alt, hereditär nicht belastet, litt schon zu öftern Malen an Melancholie, welchen Anfällen jeweilen freie Intervalle von Jahren folgten. Schon vor längerer Zeit (vielleicht vor 10—12 Jahren) wollte Patientin mit Phosphor sich vergiften, indem sie Zündholzköpfchen in einer Tasse Thee im Ofenrohr auflösen lassen wollte; ihre Angehörigen entdeckten die Sache, was der Patientin eine tüchtige Partie Schläge eintrug!

Seit September 1882 trat Melancholie neuerdings sehr heftig auf, es wurden öfters Aeusserungen von Lebensüberdruss gemacht. Am 22. October klagte Patientin über Magenkrampf, ass nicht mehr, erbrach bisweilen heimlich, schleppte sich so lange für Hausgeschäfte herum, bis ihre Kräfte versagten, und sie am 26. October im Bett blieb, das sie nicht mehr verliess.

Auf den Vorwurf ihrer Angehörigen, dass sie etwas Giftiges zu sich genommen, blieb sie hartnäckig stumm. Ihre Umgebung bemerkte schon am 23. October icterische Färbung des Gesichts und der Augen, dann eine auffallende Schwäche beim Stehen und Gehen und am 25. October Sprachstörungen (Lallen), Jammern, colossaler Durst und Schlafsucht. Die letzten verständlichen, logischen Worte sprach sie am 27. October Mittags zu ihrem kleinen Pathenkinde, dann verfiel sie in Sopor, der durch öfteres Stöhnen und Umherwälzen im Bett unterbrochen wurde. In der Nacht vom 27./28. October Morgens 2 Uhr sah ich Patientin zum ersten Mal: Rückenlage; kühle Haut, namentlich kalte Extremitäten. Augen krampfhaft geschlossen, sind kaum zu öffnen, Pupillen enge, reagiren kaum auf Lichtreiz; Zähne aufeinander gebissen; vollständige Apathie gegen Anrufen. Puls klein, schwach, 100 per Minute; Herztöne rein, sehr schwach; Respiration oberflächlich, ca. 12 per Minute; auf Druck in die Magen- und Lebergegend reagirt Patientin mit Stöhnen und abwehrenden Bewegungen mit den Armen. Der Bauch mässig aufgetrieben. Kein Urin vorhanden. (Therap. Sinapism. und Liq. *Hofmann* c. T. valerian. tropfenweise eingeflösst.)

28. October Morgens wird starke icterische Färbung der Haut und Conjunctiven constatirt. An den Handrücken, Ellbogen, in den Kniegegenden und Innenseite der Oberschenkel verschwommene Blutunterlaufungen. Vollständige Besinnungslosigkeit; sonst gleicher Zustand wie in der Nacht. Mit Catheter werden $1^1/_2$ Liter blutig dunkelgelbrothen Urin genommen zur sichtlichen Erleichterung der Patientin. Urin enthält kein Eiweiss, dagegen viele runde und zackige Blutkörperchen und Detritus. (Therap. Magnes. ust. et Ol. terebinth. non rectif.)

Abends Status idem, doch sichtlich schwächer; Patientin schluckt fast nicht.

Exitus lethalis 29. October Morgens 8 Uhr, nach ganz ruhiger Nacht.

Section: 31. October Vormittags. Die magere, stark icterische, mässig starre Leiche zeigt am Rücken dunkle, flächenhafte Todtenflecke; Blutunterlaufungen an Handrücken,



Ellbogen, Schenkeln, welche nach Einschnitten durch die Haut wenig ausgetretenes Blut aufweisen. Geringer panniculus adipos, Muskelfleisch rothgelblich, fettig (icterisch).

Alte pleuritische Verwachsungen links nur an der Spitze, rechts umfangreicher. Beide Lungenoberflächen, namentlich an den Lungenwurzeln, zeigen charakteristische Blutpuncte in der Serosa, was auch auf der pleura costalis längs den Rippen der Fall ist; blutig gefärbtes Serum im Pleurasack.

Linke Lunge hinten unten verdichtet, œdematös, friabel, sonst lufthaltig; rechte Lunge fast luftleer, schwarzblutige, nicht schäumende Schnittfläche, friabel.

Im Herzbeutel etwas gelbliche Flüssigkeit; beide pericardialen Blätter zeigen charakteristische Blutpuncte; Herz klein, schlaff; Muskel gelbröthlich, fettig entartet; Herzhöhlen enthalten schmieriges, schwärzliches Blut; Klappen normal; Endocardium mit Blutpuncten.

Blutaustritte sind zahlreich am Peritoneum und Mesenterium. Der Magen stark von Gasen ausgedehnt, sehr wenig Inhalt, der schwarzbraun schleimig an der Schleimhaut in dicker Schicht haftet und abgeschabt Schleimhautfetzen mitreisst, die schwärzliche Pigmentirung namentlich längs der grossen Curvatur; die Schleimhaut der hintern Magenwand zeigt deutliche Blutaustritte. Geruch nach Terpenthin.

Aehnlichen Inhalt zeigt das Duodenum; Ileum leer, mit Ausnahme einer kleinen Stelle ungefähr in seiner Mitte, wo dicker, schwarzbrauner Schleim (wie im Magen) aufgelagert ist; im Dickdarm wenige grauliche Kothballen.

Milz klein, ziemlich derb, mit deutlichen Blutpuncten an der Oberfläche und im Gewebe. — Leber ziemlich scharfrandig, an der Oberfläche theilweise hellgelb, theilweise braun, Schnittfläche überall schmutzig-fettig, graubraun bis hellgelb. — Pancreas weissgelblich. — Beide Nieren sehr gross, von weissgelblicher Farbe an der Oberfläche, mit zahlreichen Blutpuncten; die Schnittfläche der Rindensubstanz ist gelblichweiss, diejenige der Pyramiden gelbröthlich. — Urin in der Blase blutig gefärbt, Schleimhaut zeigt Blutpuncte.

Die microscopische Untersuchung des gelblichen Saftes der Leberschnittflächen zeigt grosse und kleine Fetttropfen und amorphe Massen; Leberzellen unkenntlich durch Fetttropfen. —

Ein mit schwacher Höllensteinlösung getränktes Stück weisses Filtrirpapier über Magen- und Darminhalt im dunkeln Raume verschlossen während 24 Stunden aufgehängt, ergibt Schwärzung des Papierstreifens durch Phosphorwasserstoff.

Die Krankengeschichte dieser Phosphorvergiftung hat in forensischer Beziehung insofern Werth, als leicht die Anzeigepflicht des Arztes zur Geltung hätte kommen und dadurch ein Irrthum begangen werden können. Constatirt war, dass die Patientin während ihrer frühern melancholischen Acerbationen misshandelt resp. geschlagen wurde; ob die Idee des Teufelaustreibens oder das activ Diabolische leitendes Princip gewesen, bleibe dahingestellt. — Es hätte der behandelnde Arzt zu der Ansicht kommen können: die Blutunterlaufungen deuten auf äussere Gewalt, der comatöse Zustand ist Folge von Trauma, der Icterus ist zufällig, in welchem Falle der Arzt verpflichtet wäre, den Polizeiorganen Anzeige zu machen. *Sigg.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Militärsanitätswesen. Instructionsplan für 1883. A. Vorcurse und Recrutenschulen. Vorcurs für die deutsch sprechenden Recruten des II., III. und IV. Divisionskreises vom 28. April bis 9. Mai in Bern. Recrutenschule für ein Dritttheil obiger Recruten vom 9. Mai bis 14. Juni in Bern. Recrutenschule für zwei Dritttheile obiger Recruten vom 9. Mai bis 14. Juni in Basel. Vorcurs für die Recruten des V. und VI. Divisionskreises vom 16.—27. Juni in Basel. Recrutenschule für zwei Dritttheile obiger Recruten vom 27. Juni bis 2. August in Basel. Recrutenschule für ein Dritttheil obiger Recruten vom 27. Juni bis 2. August in Luzern.

B. Wiederholungscurse. a) Operations-Wiederholungscurse. Curs für ältere Militärärzte, deutsch, vom 1.—15. April in Zürich. Curs für ältere Militärärzte, deutsch, vom



23. September bis 7. October in Bern. Curs für ältere Militärärzte, französisch, vom 16. bis 30. September in Genf.

b) Ambulancedienst (Sanitätsvorcurse zu den Regiments-, Brigade- und Divisions-Uebungen).

Feldlazareth IV, Ambulancen Nr. 16, 17, 18 und 20 und Sanitätspersonal der Füsilierbataillone Nr. 37—48 und des Schützenbataillons Nr. 4, Vorcurs für Officiere und Unterofficiere vom 29. August bis 7. September, Mannschaft vom 2.—7. September in Zug, Feldübung (im Verbande der IV. Armeedivision) vom 7.—13. September.

Feldlazareth V, Ambulancen Nr. 21 und 25 und Sanitätspersonal der Füsilierbataillone Nr. 49—54 und 99 und des Schützenbataillons Nr. 5, Vorcurs für Officiere und Unterofficiere vom 30. August bis 8. September, Mannschaft vom 2.—8. September in Zug, Feldübung (in Verbindung mit der X. Infanterie-Brigade) vom 9.—14. September.

C. Officiersbildungsschulen. Für deutsch sprechende Aerzte und Apotheker vom 16. Mai bis 14. Juni in Basel. Für deutsch sprechende Aerzte und Apotheker vom 26. September bis 25. October in Bern.

D. Unterofficiersschulen. Für deutsch sprechende Unterofficiersschüler vom 23. Mai bis 14. Juni in Bern. Für deutsch sprechende Unterofficiersschüler vom 11. Juli bis 2. August in Luzern.

E. Spitalcurse vom 8. Januar bis 24. Juni und im December in den Spitälern zu Genf, Lausanne, Freiburg, St. Immer, Bern, Luzern, Solothurn, Basel, Königsfelden, Schaffhausen, Zürich, St. Gallen, Herisau, Altorf, Chur, und Lugano.

Divisionsübung der IV. Division. Die Truppen rücken am Schlusse der Vorübung in die Linie und concentriren sich am 9. September zur Inspection bei Luzern. Beginn der Manöver am 10., Schluss derselben am 12. September. Entlassung sämmtlicher Truppen mit Ausnahme des Divisionsparks 13. September. Terrain der Manöver: Westlich vom Baldeggersee.

Ausland.

Deutschland. Zur Behandlung der Frostbeulen. Prof. *F. A. Hoffmann* in Dorpat theilt der Berl. med. Woch. als ausgezeichnetes Mittel gegen Frostbeulen die Faradisation derselben mit. „2—5maliges Faradisiren derselben beseitigt dieselben nebst allen unangenehmen Empfindungen in einer wunderbaren Weise.“ Die Redaction bemerkt hiezu, dass sowohl Faradisation wie Massage der Frostbeulen schon früher empfohlen (von wem?) worden sei. Ein Versuch dürfte immerhin in geeigneten Fällen am Platze sein.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. Januar 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Rötheln ist 1, von Parotitis sind 2 vereinzelte Fälle angemeldet.

Varicellen werden überall beobachtet, angemeldet sind 15 Fälle (18, 11, 30), meist aus Grossbasel.

Scharlach weist 29 Erkrankungen auf (27, 24, 30), wovon 6 in Kleinbasel.

Typhus 5 Fälle (8, 3, 15), worunter 1 von auswärts importirter, die übrigen zerstreut.

Diphtherie und Croup 15 Fälle (10, 12, 12), wovon 9 auf den Plateaux Grossbasels.

Erysipelas 9 Fälle (3, 13, 8), meist in Grossbasel.

Pertussis 7 Anzeigen, alle aus Grossbasel (9, 13, 11).

Puerperalfieber 1 Erkrankung.

Von Icterus ist nur 1 Anzeige, ein Kind betreffend, eingelangt (19, 9, 6, 7).

Briefkasten.

Herrn Dr. *Sigg*: Verdanke Ihnen bestens die Zusendung der Photographie von Dr. *Conrad Hegner* †, gewesener Arzt in Rafz. Freundliche Grüsse. — Herrn Dr. *W. Odermatt*, Rupperswyl; Dr. *Zürcher*, Aarau; Dr. *Kaufmann*, Zürich; Dr. *Hegetschweiler*, Aussersihl: Besten Dank!

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 4. XIII. Jahrg. 1883. 15. Februar.

Original-Arbeiten.

Aus der gerichtsärztlichen Praxis.

Von **A. Zürcher**, Adjunct in Aarau.

(Penetrirende Brustwunde mit schnell darauf gefolgtem Tode.)

Sonntag Abend, den 10. September, waren 3 Italiener, Angelo Motta, herumziehender Scheerenschleifer von Loreglia, die Brüder Emil und Paul Marchetti von Coreglia, der erstere vorübergehend in Baden, der letztere domicilirt in Aarau, beide Südfrüchtenhändler, in einer Wirthschaft in Aarau. Mit Paul Marchetti war auch die Frau. Man hatte schon vorher einige Wirthschaften besucht und Wein getrunken. Motta, ein wohlgebauter, kräftiger Bursche von 23 Jahren, wollte in lebhaftem, vom Weingenuss angeregtem Muskeltrieb die Zeche „auskegeln", wechselte auch einen Wurf mit Paul Marchetti und hatte laut eingegangener Wette einen Liter Wein zu bezahlen. Am weitern Kegeln verhinderte die beiden aber der Wirth Egloff, weil an diesem Sonntag lärmmachende Vergnügen polizeilich untersagt sind. Man einigte sich deshalb unter Heranziehung des Wirthes zu einem weniger geräuschvollen Spiel, zu einem „Jass". Paul Marchetti und seine Frau schauten zu. Motta verlor die Partie. Darob entstand Wortwechsel, und es geriethen die beiden auf dem Platze vor dem Tische an einander, nach Aussage der Zeugen zupfte Motta mit der rechten Hand an seinem linken Rockärmel und versetzte dem Marchetti mit der Rechten einen wuchtigen Schlag auf dessen linke Brustseite, so dass der Getroffene 2—3 Schritte zurücktaumelte und auf einen Stuhl sank. Motta führte einen weitern Schlag gegen den herankommenden Paul Marchetti, traf aber nicht, indem der letztere von seiner Frau an den Rockschössen zurückgezogen wurde. Der Wirth Egloff fuhr zwischen die Streitenden, um Ruhe zu bieten, fühlte sich aber alsbald am linken Schenkel verletzt, worauf er einige Schritte gegen den Garten hin zurücktrat und fand, dass ihm das Blut am Beine herunterriesele, worauf er bewusstlos wurde und in's Haus getragen werden musste. Durch das Küchenfenster sah die in der Küche weilende Tochter des Wirthes, dass ihrem Vater ein Leid begegnet sei. Hinaus eilend traf sie unter der Thüre auf den sich nun flüchtenden Motta, den sie aufhalten wollte. Bei dieser Offensive erhielt sie aber mehrere Stiche, die sie in der Aufregung nur als leichte Schläge fühlte, sie aber als Verletzungen erst gewahr wurde, als ihr das Blut aus den Wunden über die Haut floss. Inzwischen war Motta auf und davon. Emil Marchetti sass mit an die linke Brustseite gepressten Händen da, jammerte und stöhnte, fiel vom Stuhle und war in Zeit von 5 Minuten eine Leiche. Die ganze Streitaffaire hatte sich nach Aussage der Zeugen in Zeit von 2 Minuten abgewickelt. Durch einen Zeugen



ist ferner erhärtet, dass der Scheerenschleifer bei seinem schleunigen Rückzug unweit der Wirthschaft zu Boden stürzte, unter Murren mit den Händen wie etwas suchend am Boden herumkrabbelte, dann aber aufstand und eilig weiter lief, als der Zeuge herantreten und nach ihm sehen wollte. Am folgenden Tage wurden an dieser Stelle eine scharf geschliffene dreikantige Sägefeile in einem Regenschirmgriff steckend und eine Tabakspfeife aufgehoben und der Polizei behändigt. Der Missethäter wurde in dem Augenblicke verhaftet, als er sein Quartier mit einem Cameraden, der nicht beim Streite gewesen, verlassen wollte. Er blutete ebenfalls aus einer Stichwunde am rechten Schenkel. Die Sägefeile wurde als das Instrument erkannt, das Motta dem Bruder des in Folge der Misshandlung gestorbenen Marchetti am Vormittag mit dem Bemerken gezeigt hatte, er mache Gebrauch von diesem, wenn ihm Einer zu nahe komme.

Die gerichtsärztliche Obduction der Leiche des Emil Marchetti ergab nun der Hauptsache nach Folgendes:

Allgemeine Hautdecken blass. Ausserhalb der linken Mammillarlinie befindet sich in der Gegend des 6. Intercostalraumes eine dreieckige Stichöffnung mit 2 ziemlich gerade und scharf verlaufenden Seiten und einer dritten etwas unregelmässig aussehenden. Die Seiten der Wunde haben jede eine Länge von 14 mm. Beim Umwenden der Leiche fliesst ein Strom rothen flüssigen Blutes aus der Wunde. Die Musculatur des 6. Intercostalraumes zeigt an der Verbindungsstelle von Knochen und Knorpel eine unregelmässig gerissene, zur Längsaxe des Körpers quer verlaufende, 2,5 cm. lange und 1 cm. breite Muskelwunde. Von der Bauchhöhle aus untersucht zeigt sich im Zwerchfell, etwa 6 cm. vom vordern Rippenansatz entfernt, eine schlitzförmige Oeffnung, durch die man mit der Fingerspitze in den Brustraum gelangen kann. Eine zweite etwas grössere Zwerchfellwunde befindet sich an der Stelle, wo der convexeste Theil des linken Leberlappens am Zwerchfell anliegt. Durch diese Wundöffnung passiren 2 Fingerspitzen ebenfalls in die Brusthöhle. Der linke Leberlappen selbst hat an bezeichneter Stelle eine ziemlich gerade verlaufende Schnittwunde von $8^1/_2$ cm. Länge. An der vordern Fläche des Magens befinden sich 3 penetrirende Wunden mit theilweise vorgestülpter Magenschleimhaut. Aus sämmtlichen Wundöffnungen fliesst Mageninhalt. Zwei dieser Wunden messen in die Länge gestreckt $1^1/_2$, die dritte 1 cm. In der Peritonealhöhle befindet sich flüssiges und geronnenes schwarzes Blut. Der Herzbeutel enthält 2 Esslöffel voll klares gelbes Serum. Herzbeutel und Herz unversehrt, Herzhöhlen beinahe leer. In der l. Brusthöhle befindet sich eine grosse Masse zum Theil dünnflüssiges rothes Blut, wodurch die l. Lunge an die vordere Brustwand gedrängt und von kleinerem Volumen erscheint, als die rechte. Das Gewebe ist in der That weniger luft- und bluthaltig als dasjenige der rechten. Auf dem 5. Brustwirbel zeigt sich eine starke Blutsugillation, in deren Mitte eine quer verlaufende, $^1/_2$ cm. breite perforirende Wunde der Aorta. Das herauspräparirte und aufgeschnittene Gefässrohr weist eine Wunde der vordern Wand der absteigenden Aorta, ihre sämmtlichen Häute durchsetzend, vor. Der Stich war demnach nicht bis auf den Wirbelkörper vorgedrungen. Sämmtliche Drüsen des Unterleibes blass und blutarm, ohne weitere pathologische Veränderungen. Magen von bescheidener Grösse, an seiner vordern Wand mit oben beschriebenen 3 Perforationsöffnungen, zur Hälfte mit einer schleimigen Flüssigkeit, in welcher eine graulich krümmliche Masse schwimmt, gefüllt. Die Flüssigkeit enthält kein Blut, hat deutlichen Weingeruch. Die Schleimhaut nicht verändert, blass.

Gutachten. Die tödtliche Verwundung Marchetti's ist mit einem spitzigen, dreikantigen und scharf schneidenden Instrumente erfolgt. Form und Aussehen der Wunde (3seitig und 3winklig) entsprechen der Stichführung durch die vorliegende lange geschliffene dreikantige Feile (Stichschnittwunde), die mit der entsprechenden Wucht durch Weichtheile gestossen, sehr wohl vom 6. Intercostalraum bis zum 5. Brustwirbel reichen kann. Auch die in den Kleidern des Obducirten vorgefundenen, der Wunde entsprechenden Löcher passen genau auf Form und Gestalt der dreikantigen geschliffenen Feile. Das Instrument durchsetzte Haut, Zwischenrippenmuskulatur, Rippenpleura, den sog. leeren Brustfellraum, perforirte

das Zwerchfell, um in die Bauchhöhle zu gelangen, verletzte die obere vordere Magenwand, wahrscheinlich wegen der ziemlichen Füllung des Magens an mehr als einer Stelle, nachdem die Kuppe des linken Leberlappens auch noch berührt worden und stach die absteigende Aorta an. Die Folge der letztern Wunde war ein enormer Bluterguss in die linke Brusthöhle mit Compression der linken Lunge, wodurch rasch Athemnoth und eine grosse Anämie sämmtlicher lebenswichtigen Organe herbeigeführt wurde, in Folge dessen der Tod so rasch erfolgte. Indess wäre der Stich auch ohne die Verletzung der Aorta und die erfolgte innere Verblutung ein unbedingt, wenn gleich nicht so rasch, tödtlicher gewesen, indem die Verletzung des Magens den Austritt von Inhalt aus demselben in die Bauchhöhle zur Folge hatte und dadurch eine Perforationsperitonitis mit tödtlichem Ausgang gegeben war.

Der verletzte Wirth Egloff konnte wegen eines bereits in den ersten Tagen nach der Verletzung vom behandelnden Arzte, Herrn Dr. *Lorenz*, zum zweiten Male angelegten antiseptischen Verbandes erst am 19. September durch die Gerichtsärzte untersucht werden. Die Verletzung bestund in einer 9 cm. von der Spina ant. oss. il. entfernten, etwas ausserhalb der Mittellinie des linken Oberschenkels von oben aussen leicht schräg nach unten innen verlaufenden, 4 cm. langen, am obern Theil mit 2 Nähten vereinigten Wunde, deren Ränder auch nach Wegnahme derselben vereinigt blieben. Der untere Wundwinkel, in welchem noch eine Drainröhre liegt, klafft ca. 1½ cm. und fliessen aus der Tiefe einige Tropfen blutig gefärbtes Wundsecret. Nach Angabe des behandelnden Arztes waren die Wundränder scharf, die Wunde klaffte bedeutend und soll am untern Ende ein auf die Längswunde senkrecht stehender, ca. 1 cm. langer Schenkel (Hautwunde) gewesen sein, der zum Theil jetzt noch als solcher zu erkennen ist. Der Finger gelangte etwa 5 cm. in die Tiefe der getrennten und zerrissenen Schenkelmusculatur. Zudem soll die Haut nach auf- und abwärts bedeutend unterminirt gewesen sein. Aus der Wunde quoll stetig in reichlicher Menge dunkles venöses Blut. Glücklicher Weise waren die in der Nähe der Wunde verlaufenden Art. cruralis und profunda unversehrt geblieben. In den Beinkleidern Egloffs befand sich eine Oeffnung, sog. Dreiangel, ein gleichschenkliges Dreieck bildend, mit etwas kürzerer Basis und der Spitze nach unten.

Die Tochter des Wirthes, Lina Egloff, zu gleicher Zeit untersucht wie ihr Vater, hat in der Mitte der Volarfläche des rechten Vorderarms, 8 cm. hinter der Gelenklinie, eine dreieckige granulirende Wunde, deren einzelne Seiten 8 mm. betragen. Am rechten Oberschenkel, ungefähr in der Mitte der vordern Seite eine 2 cm. lange in Vernarbung befindliche Wunde. Auch diese soll deutlich die dreiseitige Form gezeigt haben. An der l. Hinterbacke eine jetzt 4½ cm. lange granulirende, durch 2 Nähte vereinigte Wunde mit scharfen Rändern und mit einem Winkel am untern Ende, ähnlich wie an der Schenkelwunde Egloffs. Laut Angabe des behandelnden Arztes war diese Wunde nach einer Seite hin in das Unterhautfettgewebe gedrungen und klaffte bedeutend. Die Länge der frischen Wunde betrug 6 cm.

Zu gleicher Zeit musste auch Angelo Motta in seiner Haft untersucht werden. Er behauptete an jenem Sonntag Abend so betrunken gewesen zu sein, dass er sich an die Vorfälle in der Bierhalle Egloff nicht erinnere, übrigens sei er selbst verwundet worden, von wem und wie könne er allerdings nicht sagen. Von den Zeugen und auch den Polizeisoldaten, welche Motta verhafteten und durchsuchten, wird die vom Inculpaten vorgeschützte Trunkenheit bestritten; allerdings sei er nicht nüchtern gewesen, allein seine Muskelcoordination war nicht gestört, indem er auf einem Beine stehend mit dem andern in die Hosen schlüpfen konnte und die an ihn gestellten Fragen vernünftig beantwortete. Motta zeigt an der Aussenseite des rechten Oberschenkels eine ebenfalls dreischenklige Wunde, die aber verklebt und in Heilung begriffen ist. In seinen Beinkleidern ist genau derselbe Dreiangel wie in denen Egloffs.

Die Verletzungen der beiden obgenannten Personen, des Wirthes und der Lina Egloff, werden, obwohl in ihrer Bedeutung verschieden, im Sinne des aarg. Straf-



gesetzes doch beide als **nicht wesentliche** bezeichnet, indem eine bleibende Störung irgend einer Function der verletzten Theile nach der Heilung voraussichtlich nicht eintreten wird. Eine als nicht wesentlich bezeichnete Verletzung bedingt nach aarg. Strafpraxis zuchtpolizeiliche Behandlung des Falles.

Aussehen und Form der Verletzungen gleichen sich bei allen Verwundeten so sehr, dass sie wohl alle als vom gleichen Instrumente herrührend angesehen werden müssen. Dieses Instrument ist die bei den Acten liegende Sägefeile, mit welcher sich auch Motta bei seinem fast maniacalisch zu nennenden Gefuchtel im angehobenen Streite unbeabsichtigt selbst verletzt haben wird.

Trotz des bis zum letzten Momente festgehaltenen Läugnens der Erinnerung an die Vorgänge vom 10. September unterzog sich Motta doch schliesslich der Anklage in ihrem vollen Umfange und ihrer Ueberweisung an das Criminalgericht. Die Anklage lautete auf vorbedachte Misshandlung mit fahrlässiger Tödtung des Emil Marchetti. Es liegt wohl klar, dass Motta sein Weggehen vom Spieltische dazu benutzt hatte, sein Angriffsinstrument im linken Rockärmel, an dem er gezupft, bevor er Marchetti den Schlag versetzt, zu verbergen. Da alle Informationsversuche über das Vorleben und den Charakter des Inculpaten fehlschlugen, der Staatsanwaltschaft aber für Motta ein zureichendes Motiv zur Lebensberaubung des Marchetti nicht vorzuliegen schien, da ferner die aarg. Strafgesetzgebung für den Thatbestand des Todtschlages als nothwendiges Requisit die sofortige Ausführung des Entschlusses verlangt, in unserm Falle aber zwischen dem gefassten Entschluss und der wirklichen Ausführung ein nicht unbedeutender Zeitraum liegt, so ging die Anklage nicht auf Todtschlag, sondern auf vorbedachte Misshandlung mit fahrlässiger Tödtung. Das Gericht pflichtete dieser Auffassung bei und verurtheilte Motta zu 8 Jahren Zuchthaus, nachheriger Landesverweisung, zu einer Entschädigung von 3000 Fr. an die Mutter Marchetti's, von 600 Fr. an Herrn Egloff und seine Tochter, sowie zur Tragung sämmtlicher Untersuchungs- und Gerichtskosten.

Das Interessante in diesem gerichtsärztlichen Falle ist der stichschnittartige Charakter sämmtlicher zur Untersuchung und Beurtheilung gekommenen Wunden mit ihrer Verbreiterung in die Tiefe, sowie die nicht gerade häufig vorkommende Verletzung der Aorta nach einer doppelten Zwerchfell-, einer dreifachen Magen- und einer Leberwunde, die wohl durch den vorübergehenden Hochstand des Zwerchfells in Folge der Füllung und Auftreibung des Magens möglich geworden. Diese Erscheinungen waren freilich an der Leiche wegen des Ausfliessens von Gas und Mageninhalt in die Bauchhöhle weniger mehr zu constatiren.

Die Behandlung des Empyemes der Pleura.

Von Dr. **L. G. Courvoisier.**

Vortrag in der medic. Gesellschaft zu Basel den 14. November 1882.

(Schluss.)

Ehe ich nun zur Technik der verschiedenen Empyemoperationen komme, möchte ich noch ein paar Worte einschalten in Betreff der Diagnose. Auf gewisse Schwierigkeiten der letztern haben namentlich *Lichtheim*, *Oeri*, *Wagner*, *Starcke* und *Fiedler* aufmerksam gemacht. Alle die verschiedenen Hülfsmittel der physicalischen Diagnostik schützen hier nicht immer vor Täuschungen. Sicher aber thut das die unter antiseptischen Cautelen eingestochene *Pravaz*'sche Spritze, die nicht nur über das Wesen, sondern auch über die Dimensionen des Ergusses genauen Aufschluss gibt, wenn man sich nämlich nicht scheut, damit multiple Punc-



tionen zu machen. Sticht man damit auch einmal Lunge oder Zwerchfell an, so hat das nichts zu bedeuten. — Besonders zweckmässig sind solche multiple Probepunctionen bei gewissen besonderen Verhältnissen.

Zuweilen kommen dicht neben einander, doch nur durch Pseudomembranen getrennt, zwei Exsudate vor, von denen das eine serös, das andere eitrig ist. Schon *Delpech* spricht von solchen Fällen. Punctirt man nun blos ein Mal und trifft zufällig die seröse Ansammlung, so kann man wenigstens für einige Zeit noch über die Anwesenheit der zweiten, eiterhaltigen getäuscht werden. Aber selbst bei einfachem Eitersack kann man einer Täuschung verfallen: Sticht man diesen etwas höher oben an, so kann man, namentlich wenn der Pat. sich längere Zeit ganz ruhig verhalten hatte, nur Serum bekommen. Würde man aber auch noch weiter unten punctiren, so würde man sich überzeugen, dass es sich doch um ein Empyem handelt, dessen Eiterkörperchen sich nur ihrer Schwere nach auf den Boden der Höhle gesetzt haben.

Nicht gleichgültig für den Erfolg der Operationen ist nun die Wahl des locus incisionis. Ich will Sie nicht mit der Vorführung aller in dieser Richtung von *Hippocrates* bis auf unsere Tage gemachten Vorschläge langeweilen. Die Ansichten variirten sehr und variiren noch. — Nur darin war man immer einig, dass die Einschnittsstelle beim Empyema necessitatis durch den Ort des vollendeten oder drohenden Durchbruchs gegeben sei. Dies ist natürlich. — Für andere Fälle jedoch machten die Einen geltend, dass eine möglichst tief gelegene Stelle zu wählen sei, damit der Abfluss dem Gesetz der Schwere entsprechend leichter stattfinde. Die Vertreter dieser Lehre bedachten vielleicht zu wenig, dass es nicht die Schwerkraft allein ist, welche die Entleerung besorgt, dass vielmehr andere, früher schon besprochene Kräfte hier mitwirken. Immerhin bleibt unter den neueren Autoren namentlich *Starcke* dabei, dass principiell in dem zunächst über der untern Schallgrenze liegenden Intercostalraum und zwar am Rücken, nahe der Wirbelsäule zu eröffnen sei. Und er sowohl, wie *König* verlangen auch, dass bei der Lagerung des Patienten die Operationsstelle den tiefsten Punct des Oberkörpers bilden und dass beim Verbandwechsel durch Aufheben des Patienten am Becken und an den Beinen der Abfluss erleichtert werden solle.

Auf der andern Seite betonte man, dass je tiefer man die Oeffnung mache, um so eher diese durch das Hinaufrücken des Zwerchfells verlegt werde; und dass, je weiter hinten man sie anbringe, um so mehr nach der Entleerung das Zusammenrücken der Rippen sich in schädlicher Weise geltend mache. — Hat vollends bei alten Empyemen schon partielle Resorption stattgefunden und ist das Zwerchfell hoch hinauf mit der Costalpleura verwachsen, so ist die tiefe Incision gefährlich. Passirte es doch *Girgensohn*, dass er schon im VII. Intercostalraum statt der Pleura die Bauchhöhle eröffnete.

Die meisten neueren Operateure halten deshalb den VI.—VIII. Intercostalraum, resp. die V.—VII. Rippe für den besten Ort zur Incision. — Für die Entscheidung aber, ob lieber hinten, an den abhängigsten Theilen des Thorax, oder etwa seitlich einzugehen sei — ist namentlich auch maassgebend folgende Erwägung: Hinten sind viel dickere Weichtheilschichten, speciell die ansehnlichen Muskelmassen

des Latissimus dorsi, des Serratus posticus, eventuell sogar noch des Serratus anticus zu trennen; während z. B. zwischen Axillar- und Mammillarlinie nur der letztgenannte Muskel unter das Messer kommt. Deshalb ziehen *Lichtheim*, *König*, *Wagner* und *Estlander* die seitliche Brustgegend, dicht vor dem meist scharf vorspringenden Rande des Latissimus dorsi allen andern Stellen vor. — Ich selbst habe bei einem Empyema necessitatis am Orte seiner Perforation, vorn unter der r. Mamma, bei 6 andern Operationen wegen gewöhnlichen Empyems, wo mir die Wahl blieb, 1 Mal am Rücken, 5 Mal seitlich eröffnet und resecirt.

Bei dieser Gelegenheit können wir auch der Doppelincision gedenken, welche z. B. von *Baum*, *Kidd* und *Küster* grundsätzlich, von andern, wie *Wagner* und *Starcke* nur bei putridem Erguss gemacht wird. Nach den vorliegenden Erfahrungen scheint allerdings, wenigstens unter dem Schutze strenger Antisepsis die doppelte Eröffnung nur für ganz grosse und zersetzte Eiteransammlungen nöthig zu sein, in den übrigen Fällen aber umgangen werden zu können.

Die Operation wird am besten in der Narcose vorgenommen. Den einfachen Intercostalschnitt könnte man indessen ganz gut auch unter blosser localer Anæsthesie machen. Ja ich habe diese einmal sogar zu einer Rippenresection benützt, wo Chloroformirung nicht räthlich schien; und der Patient gestand selbst zu, wenig gelitten zu haben.

Was nun die Ausführung der verschiedenen Operationen anbelangt, so will ich den seit Langem bekannten einfachen Intercostalschnitt nicht weiter schildern. Dagegen möchte ich schon für diesen die Nothwendigkeit betonen, die Pleura zuerst nur fein anzustechen und den Erguss ganz langsam ablaufen zu lassen. Ich habe mehrmals 10—20 Minuten zu dieser Entleerung gebraucht. Man vermeidet dann am besten gewisse unangenehme, ja gefährliche Zufälle, welche bei raschem Abfluss in Folge plötzlicher Entlastung der Pleura und der Lunge von dem vorherigen Druck eintreten können: Ohnmachten, welche in Fällen von *Besnier* und *Legroust* sogar direct tödtlich wurden, Hämorrhagien aus den auf einmal strotzend mit Blut sich füllenden Adhæsionen, wie sie *Oeri* z. B. einst bei einer Aspiration in leichtem Grad erlebte, und andere Zufälle, auf die ich hier nicht näher eintreten will.

Der Empyemschnitt mit einfacher Rippenresection wird folgendermaassen vorgenommen: Der Schnitt wird in der Länge von 4–6 cm. parallel dem Verlauf der betr. Rippe auf ihre Mitte geführt. Man trennt schichtenweise in gleicher Ausdehnung und unter successiver Ligatur aller spritzenden Gefässe alle Weichtheile, inclusive Periost und hebelt dann dieses zuerst vorn, dann mit grosser Sorgfalt unten, wo die Intercostalis dicht an ihm verläuft und zuletzt auf der Innenfläche vom Knochen in einer Breite von 2—4 cm. ab. Letzterer wird mit Stich- oder Kettensäge oder Knochenscheere hinten und vorn durchschnitten und extrahirt. Dann erst eröffnet man — wieder mit kleinem Einstich — die Pleura durch die innere Periostlamelle hindurch.

Was dieses von allen Autoren als selbstverständlich betrachtete subperiostale Verfahren betrifft, so habe ich mir die Frage vorgelegt, ob dasselbe wirklich so ganz rationell sei. Folgende eigene Erfahrung, die übrigens auch Andere schon



gemacht haben, hat mich bestimmt, in Zukunft nur im Bereich der Intercostalgefässe und Nerven einen schmalen Perioststreifen zurückzulassen und im Uebrigen die Knochenhaut sammt der Rippe zu entfernen: Ich hatte bei einem 25jährigen Mann mit altem Empyem die einfache Rippenresection subperiostal gemacht. Die Sache heilte nicht aus, vielmehr blieb eine Thoraxfistel zurück. Nach langer Zeit nahm ich eine zweite ausgiebigere Resection vor. Dabei stiess ich jedoch auf sehr bedeutende Schwierigkeiten; es hatte sich nämlich von dem zurückgelassenen Periost aus eine Osteophytenwucherung entwickelt, welche nicht nur die Knochenlücke der excidirten Rippe bis auf eine ganz enge Fistel wieder ausgefüllt, sondern diesen Knochen mit seinen beiden Nachbarn durch breite Brücken von mehreren Centimetern Dicke verbunden hatte. Ich hatte grosse Mühe, den massiven Callusklumpen mit Meissel und Hammer, mit Säge und Knochenscheere zu entfernen, resecirte nun noch die 2 Nachbarrippen und zwar so wenig wie möglich subperiostal, und erzielte damit wenigstens für einige Zeit einen günstigeren Verlauf. Aber obwohl seither ein halbes Jahr verflossen ist, hat sich die Oeffnung doch durch Knochenneubildung von den Periostresten aus wieder sehr verengert, die Höhle will sich nicht schliessen und fasst immer noch 50—100 ccm.

Ich habe nun vorgestern (14. November) nochmals eine ausgiebige Rippenresection vorgenommen, unter Bildung eines grossen Hautlappens, und von 3 Rippen 6—8 cm. lange Stücke sammt den neugebildeten Osteophyten abgetragen. Die ganze äussere Wand der Abscesshöhle ist damit entfernt und ich hoffe jetzt, da ich das Periost mit resecirt habe, auf eine gründliche Heilung.

Die multiple Rippenresection bei alten Empyemen, oder die von *Estlander* sogen. „Thoracoplastik“, die ich also 2 Mal in dem eben berichteten Fall und in eben so typischer Weise bei einem andern Patienten ausführte, weicht von der gewöhnlichen Rippenresection etwas ab. Der Hautschnitt wird nicht parallel dem Rippenverlauf, also nicht schief von hinten oben nach vorn unten, sondern senkrecht zur Richtung der Knochen, also mehr oder weniger parallel zur Körperaxe geführt. Er muss den oberen Rand der obersten und den untern der untersten zu entfernenden Rippe etwas überragen. In der ganzen Ausdehnung des Hautschnittes spaltet man alle bedeckenden Weichtheile bis auf die Rippen. Von letztern resecirt man nun in der vorhin beschriebenen Weise vorläufig eine auf 4—6 cm., eröffnet die Pleurahöhle und untersucht nach Entleerung des Eiters mit eingeführtem Finger die Ausdehnung derselben. Je nach dem Befund geht man dann zur Resection weiterer Rippen über, von denen man mindestens 3 und höchstens 6 entfernen muss.

Die Frage, ein wie grosses Stück von jeder man auszuschalten habe, beantwortet sich verschieden je nach der Grösse der Höhle und der Distanz der Lunge von der Brustwand. Je grösser diese, um so ausgiebiger die Resection. Bei einer Maximaldistanz von 8 cm. z. B. hat man von der betreffenden Rippe 8 cm. zu reseciren, um den Contact der letztern mit der Lunge zu ermöglichen. Ferner nimmt man von der über der Mitte des Empyems gelegenen Rippe ein grösseres Stück weg, als von den oberen und unteren. Auf diese Weise bekommt der Ausschnitt aus dem Thoraxskelett Zwickelform. Ich habe beispielsweise in

meinem dritten derartigen Fall von der VII. Rippe 8, von der VI. und VIII. 6 und 6½ cm. entfernt.

Die Resection wird für gewöhnlich nur an den Knochen vorgenommen. Die Weichtheile bleiben unberührt. Doch sah ich mich in meinem zweiten Fall veranlasst, weiter zu gehen. Es zeigten sich nämlich Lunge, Diaphragma und Costalwand mit so reichlichen und colossalen Fibrinzotten besetzt, dass ich deren Zurücklassung für einen Fehler halten musste. Ich erweiterte also, nach vorheriger doppelter Umstechung der betr. Intercostalarterien innerhalb der Rippenbreche die Weichtheilöffnung nach oben und unten so, dass ich beinahe mit der Hand in die Pleurahöhle hineingehen und nun theils mit den Fingern, theils mit grossen Zangen Fibrinmassen im Gesammtgewicht von 95 grmm. von den genannten Theilen abziehen konnte, bis sie blank geputzt vor uns lagen.

Wenden wir uns nun zu der natürlich sehr wichtigen, ja geradezu entscheidenden Nachbehandlung! An den schlechten Resultaten früherer Empyemschnitte war selbstverständlich zu einem grossen Theil die geringe Sorge schuld, die man der Wunde angedeihen liess. Seitdem *Markham Sheritt* in London 1876 den ersten antiseptisch operirten Fall veröffentlicht und *Baum* 1877 den Listerverband auch für diese Operationen warm empfohlen hat, sind denn auch von allen Seiten Berichte über gute Erfolge mit antiseptischer Nachbehandlung eingelaufen.

Ich will nun nicht hauptsächlich davon sprechen, welcher Occlusionsverband hier besonders passe; sondern blos betonen, dass der Verband recht dick und gross sein muss, damit er möglichst viel Secret schlucke und nicht sehr oft gewechselt werden müsse. In unsern Fällen ist stets die Salicylwatte allein zur Anwendung gekommen.

Zwei weitere Fragen möchte ich jedoch berühren, welche auf die Nachbehandlung Bezug haben; nämlich die Drainage und die Ausspülungen der Pleura.

Wie bereits früher angedeutet worden, ist die Drainage hier nichts Neues. Schon *Nélaton* und *Roser* haben durch Einlegung metallischer Röhren den permanenten Abfluss bis zur Heilung zu sichern gesucht. Aber erst mit Einführung der Antisepsis ist die Drainage, die ja von letzterer Methode einen integrirenden Bestandtheil bildet, in Schwung gekommen. Einzelne Chirurgen wenden auch jetzt noch Metalldrains an; so *Elias* eine Sonde à double courant, *Starcke* ein weites gebogenes Zinnrohr; *Huguenin* eine silberne Canule von dem Volum, dass 2 *Nélaton*'s neben einander darin Platz haben; letztere ersetzen einen Doppelcatheter. Ich habe mehrmals, wenigstens für den Anfang, Trachealcanulen von Silber oder Hartgummi benützt. Bei soliden Drains mag allerdings Verengerung der Fistel minder rasch sich einstellen, als bei elastischen, comprimirbaren Guttaperchaöhren. Immerhin thun solche, wenn man sie nur recht weit wählt, den Dienst für lange Zeit ganz gut. *König* empfiehlt deshalb auch nur diese. Gute Befestigung derselben ist aber nöthig, damit der Drain weder in die Pleurahöhle schlüpfe, noch durch Hustenstösse herausgeworfen werde. Eine durchgesteckte lange Nadel, sowie Annähen an die Haut genügen dazu, blosses Annähen nicht. Denn sowohl *Green* als mir passirte es dabei, dass das Rohr in die Höhle glitt und nicht ohne Mühe, in meinem Fall erst nach Dilatation der Wunde, extrahirt werden konnte.

Hat man an 2 Stellen incidirt, so könnte man daran denken, nach dem Vorgang von *Küster* und theilweise von *Wagner* einen Drain durch und durch zu ziehen. *Starcke* und *König* warnen aber davor wegen der möglichen Irritirung der Lunge, und wollen auch in diesen Fällen nur je ein kürzeres Rohr in jede Oeffnung legen.

Hinsichtlich der Ausspülungen, welche schon *Trousseau* vornahm und welche neuerdings *Kussmaul*, *Lichtheim*, *Quincke*, *Huguenin*, *Elias* und *Jaffé* täglich 1—2 Mal anzuwenden rathen, sind *König*, *Starcke*, *Göschel* und *Wagner* sparsamer. Letztere geben die leitende Idee, welche die Injectionen hat aufkommen lassen, als richtig zu, indem in einzelnen Fällen, z. B. ausnahmslos bei putridem Exsudat ein wiederholtes Austreiben des jeweilen wieder angesammelten Secrets nöthig sei; sie führen auch selber schon bei einfachem Empyem gleich nach der Operation eine energische desinficirende Auswaschung der Höhle aus. Dagegen behaupten sie, dass in Fällen von geruchlosem Eiter diese eine Injection genüge, und ihre Erfahrungen bestätigen diese Behauptung.

In der That kann man bei streng antiseptischem Operiren die Verbände oft tagelang ohne Ausspülungen liegen lassen, wie ich selbst mehrfach beobachtet habe.

Eine ganz besonders bunte Blumenlese finden wir bei der Musterung der verschiedenen zur Ausspülung vorgeschlagenen Flüssigkeiten. *Trousseau* und *Quincke* wandten Jodkalilösungen, *Lyell*, *Lichtheim* und *Huguenin* übermangansaures Kali, *Kussmaul* unterschwefligsaures Natron, *Langenbeck* verdünnte Jodtinctur an. *Roser* empfahl abwechselnd mit Ausspülungen auch Luft einzublasen. Aber alle die genannten Liquida desodoriren und desinficiren eben nicht genügend.

In neuerer Zeit spricht man daher fast nur von den wirklich als antiseptisch erfundenen Stoffen. Carbolsäure in verschiedener Concentration wählten *König*, *Hüter*, *Wagner*, *Göschel*, *Workman* und *Swift;* Salicylsäure *Schede* und *Wagner;* Thymol *Schede*, *Küster* und *Bidder;* Chlorzink *Wagner* und neuerdings auch *König;* Borsäure *Starcke;* endlich regt *Wagner* auch Versuche mit essigsaurer Thonerde an.

Jede dieser Flüssigkeiten hat ihre Vorzüge, einzelne derselben aber auch entschiedene Nachtheile. Nicht ganz sicher desinficirend wirken Salicylsäure und nach *Küster* Thymol. Carbolsäure kann Intoxicationen herbeiführen, wie dies *Wagner* einmal mit glücklichem, *König* einmal mit tödtlichem Ausgang beobachtete. In beiden Fällen war nur einmal irrigirt worden. Immerhin dürften stärkere, etwa 3% Lösungen wenig Gefahr bringen; denn diese bilden mit den Eiweissstoffen der Pleura coagulirende Schorfe und bereiten dadurch ihrer eigenen Resorption ein Hinderniss, was schwächere Lösungen nicht thun.

Am meisten Empfehlung scheinen 5—10% Chlorzinklösungen und aus einem besondern Grund auch 5% Borsäuresolutionen zu verdienen. Denn letztere sind specifisch schwerer, als alle andern zum gleichen Zweck schon verwendeten Flüssigkeiten, auch schwerer als Eiter, den sie darum besser als jene austreiben. Diese günstige Wirkung der Borlösungen hatte ich selbst mehrfach Gelegenheit zu beobachten.

Zur Heilung einer allfällig nach Empyemoperation zurückbleibenden Thoraxfistel kann man allerlei thun. *Wagner* und *Starcke* rühmen reizende Injectionen von verdünnter Jodtinctur, von starken Chlorzinklösungen. In einem Falle, den



ich schon angeführt, habe ich diese Mittel auch angewandt. Ja ich bin schliesslich zur Einverleibung von concentrirter Jodtinctur in Mengen von 20—50 ccm. übergegangen, ohne dass die Höhle sich darauf wesentlich verkleinert hätte. — So kann man schliesslich in solchen Fällen nur zur wiederholten Rippenresection, am besten nach *Estlander*'s oder *Schede*'s Methode der Thoracoplastik greifen müssen, die, rationell ausgeführt, wohl kaum im Stich lassen wird.

Gestatten Sie mir nun noch, Ihnen in Kürze die Resultate vorzuführen, welche in neuerer Zeit mit Empyemoperationen erzielt worden sind.

Fritz berichtet (aus der Leydener Klinik) über 13 Fälle von Intercostalschnitt. Unter 4 wegen putriden Empyems bei Lungengangræn Operirten starb 1 an Hæmoptœ, unter 9 wegen einfachen Empyems Operirten starben 2, der eine an Tuberculose, der andere an Speckniere. Diese beiden Fälle betrafen primäre Empyeme, die 7 andern, welche alle heilten, Pleuropneumonien.

Wagner (in Königshütte) hat 3 Erwachsene und 2 Kinder mit Schnitt, 1 Erwachsenen mit Rippenresection behandelt, alle wegen einfachen Empyems, das bei Einem spontan perforirt hatte. Alle heilten rasch.

König (in Göttingen) hat (laut neuesten Mittheilungen von *Mügge*) im Ganzen 10 Fälle, wovon einer ein putrides Empyem betraf, alle mit Resection operirt. Zwei starben, ein Kind an acutem Carbolismus, ein anderer Patient nach 9 Tagen an seiner Lungennecrose. Die übrigen heilten rasch.

Prof. *Socin* hat 1874 ein Empyema necessitatis durch Schnitt rasch geheilt; dagegen von 4 Fällen, wo er (1876, 1877, 1879 und 1881) die gewöhnliche Rippenresection vornahm, 3 verloren, 1 mit Empyema necessitatis und 1 mit putridem Empyem unter hohem Fieber, den Dritten mit einfachem Empyem an secundärer Pericarditis. Der Vierte wurde phthisisch und kam ungeheilt auf die medicinische Abtheilung zurück.

Von *Schede*'s 3 Patienten, die er (noch in Berlin, laut *Wagner*) nach seiner Methode der Thoracoplastik operirte, ist 1 geheilt, bei 2 der Ausgang unbekannt.

Estlander (in Kopenhagen) liess 1881 durch *Homèn* 8 mit Thoracoplastik behandelte Fälle veröffentlichen. Es handelte sich um lauter ziemlich alte, mindestens 2 Monate bestehende Empyeme, bei denen zum Theil schon Aspirationen und Incisionen waren gemacht worden. — Von den 8 wurden 2 complet bis auf die letzte Stelle geheilt, 4 mit Fisteln entlassen, von denen 3 kaum mehr secernirten. Einer der letztgenannten Patienten starb zu Hause. Er war mit noch ziemlich grosser Abscesshöhle ausgetreten. 2 sehr schlimme Fälle endlich verliefen noch im Spital tödtlich.

Darf ich endlich auch von meinen eigenen Beobachtungen sprechen, so sind es folgende: Ein 44jähriger schwächlicher Landmann wurde wegen eines nach Pneumonie zurückgebliebenen linksseitigen Empyems von 2 Monaten Dauer mit einfacher Rippenresection operirt und heilte in 9 Wochen gänzlich aus. — Eine 42jährige Hausfrau mit rechtsseitigem Empyem, das schon $^3/_4$ Jahre bestanden und vor 10 Monaten perforirt hatte, wurde durch einfache Rippenresection in 5 Wochen complet hergestellt. — Ein 26jähriger Küfer mit 6 Monate altem Empyem, das primär entstanden war, wurde ebenso operirt, erzwang aber nach



5 Wochen, als die Höhle bereits von 3500 auf 650 ccm. sich verkleinert hatte, den Austritt und starb zu Hause nach weiteren 2 Monaten an Verjauchung. — Ein 67jähriger, sehr elender, phthisischer Schreiber, bei dem ich wegen eines colossalen Pneumopyothorax unklaren Ursprungs und von 10wöchentlichem Bestand, die Resection dreier Rippen nach *Estlander* vorgenommen, starb (wohl nicht wegen, sondern trotz der Operation) nach 4 Wochen an Erschöpfung. — Von dem fünften Patienten, den ich schon zum dritten Mal operiren musste, habe ich früher berichtet. Im Ganzen habe ich also bei 5 Empyematikern 7 Mal resecirt.

Die Erfolge lassen, wie Sie sehen, im Grossen und Ganzen noch zu wünschen übrig. Doch ist es wahrscheinlich, dass wenn einmal die Operation sich auch bei den practischen Aerzten mehr Eingang verschafft haben wird, die Ergebnisse sich noch günstiger gestalten werden.

Zum Schluss erlaube ich mir, Ihnen als Basis für eine eventuelle Discussion folgende Thesen vorzulegen, welche das Résumé des eben Mitgetheilten bilden:

1) Jedes Empyem ist, wie jeder andere Abscess, möglichst früh zu eröffnen.

2) Dazu eignet sich die Punction (am besten mit Aspiration und Ausspülung) höchstens in frischen Fällen. Bei älteren Fällen ist sie nur zu diagnostischen und palliativen Zwecken zulässig.

3) Der Intercostalschnitt genügt ebenfalls höchstens für frische, voraussichtlich rasch heilende, einfache Empyeme.

4) Die Resection einer oder zwei Rippen ist bei allen complicirten und überhaupt bei allen voraussichtlich langsam heilenden Empyemen indicirt. — Am besten wäre es, sie überhaupt immer statt des Intercostalschnitts anzuwenden.

5) Die multiple Rippenresection oder *Estlander-Schede*'sche Thoracoplastik ist — und zwar nicht subperiostal — bei veralteten und starrwandigen Empyemen in der Regel vorzunehmen.

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli.*

Sitzung vom 7. September 1882. [1])

Anwesend 26 Mitglieder und 3 Gäste (worunter die Herren Prof. *Virchow* und Prof. *His*, Ehrenmitglied).

Dr. *Schneider* lässt durch das Präsidium der med. Gesellschaft für die Ernennung zum Ehrenmitgliede seinen Dank aussprechen.

Hierauf begrüsst der Präsident Herrn Prof. *W. His* und überreicht ihm Namens der med. Gesellschaft eine Adresse zu seinem 25jährigen Professorenjubiläum. Hr. Prof. *His* spricht seinen Dank aus.

Dr. *Barth* hält einen Vortrag über einen Fall von Punction des Herzbeutels. (Vide Corresp.-Blatt 1882, Seite 683.)

[1]) Eingelangt 15. XII. 1882.



Das Präsidium begrüsst den inzwischen eingetretenen Hrn. Prof. *Virchow*.

Dr. *Niederhauser* stellt einen Fall von Tuberculosis Conjunctivæ vor, der in rapider Heilung begriffen ist. Patient ist ein 17jähriger, kräftig gebauter, jedoch entschieden scrophulös beanlagter Jüngling; er bemerkte die ersten Erscheinungen seiner Krankheit vor einem Monat; der Fall ist daher noch relativ frisch. Die Erkrankung beschränkt sich auf das linke obere Lid, auf dessen Tarsalbindehaut ein kleiner, etwas exulcerirender Tumor aufsitzt; an ihn schliessen sich nasalwärts mächtige Granulationen und temporalwärts eine Gruppe kleiner, runder, weisser Fleckchen. Auf derselben Seite schwollen mit dem Auftreten der Augenerkrankung die benachbarten Lymphdrüsen an, mässig diejenigen vor dem Ohre, zu gewaltigen Paketen die Submaxillar- und die Cervicaldrüsen. Die Entzündung macht unwillkürlich den Eindruck einer localen Infection, und ungesucht drängt sich dem Beobachter der Vergleich mit einer Lymphangitis auf. Bemerkenswerth ist, dass Patient fieberte; während der ersten fünf Beobachtungstage stieg die Abendtemperatur auf $38^1/_2{}^0$. Diese Fieberbewegungen verschwanden, nachdem der Tumor excidirt, die Granulationen unter dem Einflusse von Cauterisationen bedeutend zurückgegangen und das Lid im Ganzen abgeschwollen war.

Das Ergebniss der microscopischen Untersuchung soll in einer folgenden Sitzung mitgetheilt werden.

Hierauf referirt Dr. *Courvoisier* über den Eisenbahnunfall bei Hugstetten. Er weist namentlich die Angaben über spätes Anlangen der Hilfeleistenden auf der Unglücksstätte zurück und bemerkt, dass von den 59 Todten keiner an Verblutung gestorben sei; die meisten, 44, hatten schwere Schädelverletzungen. Amputationen sind nur 4 nothwendig gewesen. Die Unterbringung der 104 Verwundeten (worunter 40—50 Schwerverwundete) in die chirurgische Klinik und in's Blatternhaus zu Freiburg i. B. geschah mit möglichster Beförderung. Referent protestirt dagegen, dass man die Helfenden schlecht gemacht habe.

Sitzung vom 21. September 1882.

Anwesend 18 Mitglieder.

Dr. *Ronus* stellt einen Patienten mit ausgebreiteter Vitiligo vor, der schon früher (in der Sitzung vom 28. Mai 1878) von Prof. *Immermann* war vorgezeigt worden; die Krankheit hat unterdessen bedeutende Fortschritte gemacht. Die Aetiologie ist immer noch dunkel; in einem Falle wurde Atrophie der Nerven in den vitiliginösen Parthien festgestellt, allein der Patient war zufällig noch syphilitisch. Symmetrische Ausbreitung ist nicht eben häufig. Vitiligo kommt auch bei Erkrankungen der Leber und der Nebennieren vor. Der Vortragende will nach dem Vorgange anderer im gegenwärtigen Falle local essigsaures Zink und innerlich Pilocarpin anwenden.

Dr. *Fiechter* trägt vor über Glottisödem und Glottiskrampf. Von ersterer Affection theilt er zwei Fälle aus seiner Praxis mit: Der eine betrifft einen jungen Mann, bei welchem nach Diphtheritis eine acute Schwellung des Larynxeinganges sich einstellte, jedoch die Suffocation nicht dadurch allein, sondern durch gleichzeitige Anwendung von Morphium herbeigeführt wurde. Tracheotomie und künstliche Respiration retteten den Kranken. (Der Fall wird demnächst



im Corresp.-Blatt ausführlicher mitgetheilt.) Im zweiten Falle handelte es sich um einen retro- resp. parapharyngealen Abscess nach Scharlach bei einem 1½jährigen Kinde, durch dessen Eröffnung von aussen her die drohende Erstickung beseitigt werden konnte.

Von Glottiskrampf führt der Vortragende 6 eigene Beobachtungen an: 4 heilten, 2 starben und wurden autopsirt. Die gewöhnliche Ursache dieser Affection ist nicht in einem Druck auf die Nervi vagi oder recurrentes durch vergrösserte Thymus, Struma, Lymphdrüsen etc. zu suchen, sondern in einer erhöhten Erregbarkeit, wie sie bei Kindern fast durchweg angetroffen wird. Während bei gesunden Individuen nur sehr intensive Reize auf die Larynxschleimhaut, z. B. Aetzungen und Fremdkörper durch Reflex eine spastische Contraction der Glottisverengerer hervorrufen, genügt bei abnorm erregbaren Kindern schon ein Schleimklümpchen, wie es sich im Schlafe ansammelt, oder einige Schluckbewegungen, Husten, Schreien, Aerger etc., um einen solchen Krampf auszulösen. Die Therapie bezweckt bei Kindern Beseitigung der Rachitis und der gesteigerten Erregbarkeit; sie ist hier auch meist von Erfolg gekrönt.

Prof. *Hagenbach* ist der Meinung, dass beim Spasmus glottidis doch hie und da materielle Veränderungen im Kehlkopfe vorhanden seien; er traf in einem Falle kleine Excrescenzen an den wahren Stimmbändern.

Prof. Roth secirte s. Z. den von Prof. *Hagenbach* citirten Fall; er fand papillomatöse Excrescenzen am freien Rand der Stimmbänder; auch er hält aber dafür, dass eine bedeutende nervöse Disposition vorhanden sein müsse, um einen Spasmus glottidis herbeizuführen. In einem andern Fall, wo die klinische Diagnose auf Spasmus glottidis lauten musste, fand Prof. *Roth* einen retropharyngealen Lymphdrüsenabscess, der die Epiglottis in den Kehlkopf hineindrückte.

Dr. *August Burckhardt* beobachtete Anfälle von Spasmus glottidis längere Zeit bei einem ganz gesunden, nicht nervösen Kinde.

Physicus Dr. *de Wette* berichtet kurz über seinen Besuch des Congresses der internationalen Gesellschaft gegen die staatliche Regelung der Prostitution.

Referate und Kritiken.

Diagnose und operative Behandlung der Extrauterinschwangerschaft.

Von *E. Fränkel*. *Volkmann*'s Sammlung klin. Vorträge Nr. 217 (Gynæcologie Nr. 60).

Eine 41jährige Mehrgebärende, bei der die Diagnose auf Extrauterinschwangerschaft gestellt worden war, ging ca. 12 Wochen nach Beginn der Erkrankung unter Zeichen von innerer Blutung und Peritonitis zu Grunde. Bei der Section fand sich der kindskopfgrosse Bruchsack subserös im linken ligamentum latum, in seinen Wandungen waren Ueberreste von älteren und frischeren Blutergüssen. Die genauere Untersuchung des Präparates stellte fest, dass das Ei sich in der linken Tube entwickelt hatte und zwar in der untern Tubenwand. Diese ist wahrscheinlich durch das Wachsthum des Eies zum Schwund gebracht worden und der Fruchtsack hat sich in's Beckenzellgewebe hinein entwickelt.

Im Anschluss an diese Krankengeschichte werden die Schwierigkeiten der Diagnose der Extrauterinschwangerschaft besprochen. Unter 98 Fällen aus den letzten 5 Jahren (42 Tubengravidität, 26 abdominelle, 8 ovarielle und 22, deren Sitz aus den betreffenden Publicationen nicht hervorgeht) kamen 9 Mal Irrthümer vor. Es fehlen absolut sichere Zeichen derselben, wenn man von dem seltenen Zufall absieht, dass man am Ende der



Gravidität Herztöne und Kindsbewegungen neben leerem Uterus findet. Es kommt zwar jedes Mal zur Bildung einer Decidua im Uterus, aber oft wird diese sehr spät ausgestossen und ist somit für die Diagnose nicht verwerthbar, oder sie bildet sich nur an einzelnen Stellen, die bei einem Proberaclement nicht getroffen werden. Der Befund ist dann negativ, d. h. es fehlen die Deciduazellen. Andererseits sind diese, nach neueren Untersuchungen zu schliessen, für Gravidität nicht absolut charakteristisch, so dass es, um die Diagnose einigermaassen sicher zu stellen, ausser dieser microscopischen Untersuchung einer sehr genauen Anamnese und Feststellung des klinischen Befundes bedarf. Das Auftreten von unregelmässigen Blutungen, nachdem die Menses eine Zeit lang aufgehört haben, ist von Wichtigkeit für die Erkennung der Extrauterinschwangerschaft im Allgemeinen, aber nicht für die Unterscheidung der einzelnen Arten derselben. Sondirung ist zu unterlassen wegen der Gefahr nachfolgender Uterus- und Fruchtsackcontractionen, besonders wenn schon Expulsirbestrebungen da sind. Bei combinirter Untersuchung eventuell in Narcose ist dies weniger zu fürchten, immerhin kann es auch dadurch zu Rupturen mit tödtlicher Blutung kommen. Die Diagnose der Art der Extrauterinschwangerschaft ist schwierig, unter den oben erwähnten 98 Fällen gelang es 22 Mal nicht, sie zu stellen und bei den 67 übrigen (nach Abzug der 9 falschen Diagnosen) meist erst bei der Section. Die Annahme *Schröder*'s, dass bei Tubengravidität während der vier ersten Monate Ruptur erfolge, bedarf der Einschränkung, unter 42 Fällen fand sie 23 Mal statt. Sonstige Zeichen von Tubengravidität sind Contractionen des Eisackes, sowohl spontan als nach Untersuchung. Ein frei beweglicher Fruchtsack, der sehr dünn ist und heftige peritonitische Reizung verursacht, deutet auf abdominelle Gravidität. Bei ovarieller Schwangerschaft kann er sich intraligamentär entwickeln oder frei sein, unterscheidet sich aber dann durch die dickere Wandung von der abdominellen.

In dem der Behandlung gewidmeten Abschnitt wird zunächst die Wahl des Ortes der Operation besprochen. Kommt man von der Scheide aus auf die Placenta, so wird man natürlich die Laparotomie machen, fühlt man jedoch von innen durch die dünnen Weichtheile das Kind, so wird die Elytrotomie für die Mutter ungefährlicher sein, hauptsächlich bei extraperitonealer Entwicklung des Fruchtsacks; bei lebendem, kräftigem Kind käme indess doch auch der Bauchschnitt in Frage. Ist die extrauterine Gravidität in den vier ersten Monaten diagnosticirt, so darf man die Mutter nicht den Gefahren einer Weiterentwicklung der Frucht aussetzen, sondern muss durch Morphiuminjection in den Eisack letztere zum Absterben bringen. Kommt man erst in späterer Zeit zur Kranken, so wird es indicirt sein, so lange zu warten, bis das Kind lebensfähig ist, eine erhebliche Gefährdung der Mutter ist damit nicht verbunden. In seltenen Fällen, z. B. bei drohender Ruptur, kann es nöthig sein, in der Zeit zwischen viertem und achtem Monat einzugreifen. Nun hat man die Wahl zwischen der Operation mit 32 Wochen, wobei man die Gefahr eines plötzlichen Absterbens der Frucht, das in dieser Zeit ziemlich häufig ist, vermeidet, und dem Zuwarten bis zum 10. Monate. Im concreten Falle wird es oft schwierig sein, zu bestimmen, in welchem Zeitpunct der Gravidität sich die Frau befindet. Ganz gewiss wird es nicht gerechtfertigt sein, die Zeit, so lange das Kind lebt, unbenützt verstreichen zu lassen, da auch nach dem Ableben desselben die Mutter erheblichen Gefahren ausgesetzt ist.

Die Technik der Operation beim Bauchschnitt weicht von gewöhnlichen Laparotomien insofern ab, als man nach dem Vorschlag *Landau*'s vor der Eröffnung des Sackes die Wand desselben an die entsprechende Stelle der Bauchdecken näht und so Verunreinigung der Bauchhöhle vermeidet. Ist das Peritoneum parietale mit dem Eisacke verwachsen, so unterbleibt natürlich diese Naht. Nach Entwicklung der Frucht wird die Eihöhle gereinigt, durch die Vagina und, wenn dieses wegen des Sitzes der Placenta unmöglich ist, nur durch die Bauchwunde drainirt, der Fruchtsack lose ausgestopft, die Wunde der Bauchdecken zum Theil vernäht, der Nabelstrang mit dem Drain zum untern Wundwinkel herausgeleitet. Hat man bei der Incision die Placenta getroffen, so muss man durch Umstechung die Blutung zu stillen suchen.

Bei der Elytrotomie wird ein Laquear incidirt, eventuell die gleiche Art der Annähung des Eisackes angewendet. Ist die Frucht todt, so wartet man womöglich 6 Wochen ab, nach dieser Zeit ist anzunehmen, dass die Placentargefässe thrombosirt sind und man somit keine erhebliche Blutung mehr zu befürchten hat.

Der Aufsatz *Martin*'s, in welchem er anräth, die Placentarstelle stückweise zu umstechen und dann den Mutterkuchen zu entfernen, sowie den Eisack durch Resection und Vernähung seiner Wände zu verkleinern, ist dem Verfasser erst nach Beendigung seiner Arbeit zu Gesicht gekommen. Er wird anhangsweise besprochen.

Den Schluss des Vortrags bildet das Verfahren bei Ruptur des Sackes. In den drei ersten Monaten ist meist exspectatives Verfahren am Platz, die sich bildende Hæmatocele gibt keine ungünstige Prognose. Nur sehr selten wird hochgradige Anæmie dazu veranlassen, die Bauchhöhle zu eröffnen und die Blutung direct zu stillen, hauptsächlich weil die Resultate dabei nicht gut sind. Vom vierten Monat an ist Ruptur selten, kommt man unmittelbar nach derselben bei noch lebendem Kind zur Kranken, so wird man operiren. Ist die Frucht todt, so wartet man ab und richtet die Behandlung nach den sich darbietenden Erscheinungen. *Gönner*.

Lehrbuch der practischen Anatomie als Anleitung zu dem Präpariren im Secirsaale.

Von *A. Nuhn*, Professor an der Universität Heidelberg.

Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1882. 8°. Mit 60 z. Th. farbigen Holzschnitten.

Die Unterrichtsmittel steigern und verbessern sich. Unsere Methoden werden vollkommener; das gilt auch von den Lehrbüchern: der Vielseitigkeit des Bedürfnisses bietet sich also namentlich in letzterer Hinsicht immer mehr Auswahl. So kommt es, dass man Anleitungen zu dem Präpariren im Secirsaale mit Freude begrüsst, sei es, dass sie von einem streng systematisch-anatomischen, oder mehr practischen Gesichtspunct geschrieben sind. Der Lehrer kann nicht unausgesetzt die Regeln wiederholen, er braucht Hülfe auch durch zweckmässige Bücher. *Nuhn*'s Lehrbuch der practischen Anatomie legt einen besonderen Nachdruck auf Topographie, und in diesem Sinne ist der klare Text und sind die guten Abbildungen gehalten. *J. Kollmann.*

Cantonale Correspondenzen.

Luzern. Dr. *Heinrich Genhart* †. Die Reihen der alten Garde lichten sich. Schon hat uns das Jahr 1883 in seinem Werden einen der Besten entrissen: Dr. *Heinrich Genhart*, Vater, in Sempach, erlag am 5. Januar einem Herzleiden. Der früher aussergewöhnlich robuste, während eines 35jährigen aufopfernden, ruhelosen Wirkens nie kränkelnde Mann ertrug seine fast zwei Jahre dauernde schwere Krankheit mit stoischem Muthe; die Lehren, die er seinen Patienten so oft gegeben, hat er selbst in seinen Leidenstagen auf's Schönste befolgt.

Collega *Genhart* wurde am 4. März 1820 zu Sempach geboren. Nach Absolvirung der Primar- und Secundarclassen seines Heimathsortes ragte er am Gymnasium und Lyceum in Luzern stets als einer der tüchtigsten Schüler hervor. Seinen Fachstudien lag *Genhart* in Freiburg i. B., Würzburg und Zürich ob, wo der schmucke Studiosus energisches geistiges Streben mit wahrem köstlichem Burschenhumor auf's Glücklichste zu paaren wusste. Im Jahre 1845 bestund er mit Auszeichnung das Staatsexamen und etablirte sich an seinem Geburtsorte. Wie er während seiner Studienzeit eifrig sammelte, so war er auch im practischen Leben immerfort bemüht, die neuen Errungenschaften der Medicin sich anzueignen.

Bald hatte sich der junge Doctor durch sein Wissen und Können, durch seinen Berufseifer und seine Menschenfreundlichkeit einen sehr grossen Wirkungskreis gebildet. Allgemein war er geschätzt und geachtet, der liebenswürdige, tüchtige Arzt, dessen weites Herz für alle humanitären Bestrebungen so kräftig geschlagen. Ja, er war ein Mann, der es nicht blos verstund, Mixturen zu verschreiben und Wunden zu verbinden, er wusste auch gegen sociale Schäden anzukämpfen, mit freigebiger Hand materielle Noth zu mildern und mit herzlichen Worten des Trostes gebrochene Gemüther aufzurichten. — In seinem edeln Schaffen wurde *Genhart* von seiner trefflichen Gattin, eine Tochter des bekannten Herrn alt Regierungsrathes *Sidler* sel., eifrigst unterstützt.

Genhart's heiterer Sinn war auch darauf bedacht, das gemüthliche und gesellige Leben der „kleinen Stadt" zu heben; er dirigirte wiederholt die Aufführungen vaterländischer Schauspiele, und seine sympathische Tenorstimme war s. Z. eine Zierde des Männer-

chores von Sempach; in den Familien- und Freundeskreis brachte die vorzügliche Mittheilungs- und Unterhaltungsgabe des Verblichenen immer frisches und geistig anregendes Leben.

Vielen der Herren Collegen wird die würdevolle Erscheinung des Verstorbenen von den Versammlungen des ärztl. Centralvereins her noch in angenehmer und lieber Erinnerung sein.

Genhart hinterlässt seine treue Lebensgefährtin, eine Tochter und zwei Söhne, die ihren Ruf als tüchtige Aerzte verdienen.

Der Dahingegangene, dieses Prototyp eines Menschenfreundes und gebildeten, gewissenhaften Arztes, soll uns unvergesslich bleiben! *W. O.*

St. Gallen. Dr. *J. Ant. Stieger* †. Von einem guten Menschen zu scheiden, thut immer weh und wenn er gut gewesen ohne alle äussern Erfolge menschlichen Strebens, wenn er liebenswürdig geblieben, auch wo er Grund gehabt hätte, bitter zu werden und wenn er seinen Beruf hochhielt, obschon dieser ihn nicht hochstellte — dann gesellt sich zur Trauer auch die Hochachtung. Beide erfüllten die grosse Gemeinde, welche den 28. Januar den alten Doctor auf den schmucklosen Friedhof des rheinthalischen Dorfes Oberriet begleiteten.

Das war der mühebeladene Landarzt, wie er leibt und lebt, aus bedrängten Verhältnissen hervorgegangen, hart und zähe um sein bescheidenes Dasein kämpfend, fleissig im Krankenbesuche, gütig gegen die Armen und von neidloser Bescheidenheit.

Er wurde geboren zu Appenzell 1812, kam dann zu seinem Stiefvater in's Toggenburg und zog sich dessen grosse Abneigung zu, weil er ein leidenschaftlicher Leser und ein unanstelliges Fuhrknechtlein war. Dem Pastor loci ward es gerne gestattet, ihn die bekannten „Stationen von Mensa bis Audio" zu führen und ihn auf die katholische Cantonsschule von St. Gallen vorzubereiten, wo der schwächliche Junge sich zu dem vorbereiten sollte, „wozu er allein noch taugte", zum Geistlichen. Er setzte dann seine Vorbildung in Freiburg fort, wo ihn der edle *Girard*, der „Moine patriote" durch 3 Jahre festhielt. Der reif gewordene Jüngling wendete sich zum Studium der Medicin, lag demselben zu Freiburg i. B., zu München und in Zürich durch fast 5 Jahre ob und arbeitete ein für seine Zeit und seine Verhältnisse grosses Programm durch. Das Rigorosum vor dem Sanitätsrathe des hohen Standes St. Gallen wurde 1836 glänzend bestanden. Nachher war *Stieger* Assistent bei einem hochangesehenen Arzte der Stadt und 1838 zog er nach Alt St. Johann (bei Wildhaus), wo er durch 24 Jahre alle Strapazen einer Gebirgspraxis tapfer durchmachte. Er gründete sein Haus und brachte eine grosse Familie „mit Gott und Ehren" durch die Welt. Seine Nüchternheit und strenge Zeiteintheilung gestatteten ihm noch, manche Ehrenämter zu bekleiden und seine fromme Gesinnung verhinderte ihn nicht, mit Consequenz liberal zu sein. Im Jahre 1862 übersiedelte er in seine Bürgergemeinde Oberriet, wo sein Arbeitsfeld wenigstens ein ebenes, aber wegen der häufigen Wassersnoth dennoch dürres war. Der abgearbeitete Mann rang in fleissiger Lecture nach Fortbildung und schloss sich mit oft rührender Selbstverläugnung an seine jüngeren Collegen an. So practicirte er, in stetig abfallender Curve, bis kurz vor seinem Tode, welcher durch eine Lungenentzündung herbeigeführt wurde, deren Bangigkeiten er heldenmüthig ertrug und deren Ausgang er mit der freundlichen Resignation entgegensah, welche so oft der beste Gewinn des ärztlichen Lebens ist. *S.*

Zürich. Fall von Bauchwunde mit Darmvorfall. Wiewohl glücklich verlaufende Fälle von Verletzung der Bauchwand mit Vorfall des Darms oder anderer Baucheingeweide nicht gerade zu den grössten Seltenheiten zählen, erscheint mir der vorliegende immerhin der Erwähnung werth.

In der Nacht vom 29./30. Mai a. p. wurde einem gewissen H., Hausknecht im Hard Altstetten, mittels eines Stilets ein Stich in die l. Seite des Abdomens beigebracht. Der erste Choc war scheinbar nicht sehr bedeutend, denn der Verletzte legte nachher seinen Heimweg (noch ca. 10 Minuten) allein zurück. Gleich nach der Verletzung wurde er das Vorfallen einer Darmschlinge gewahr und beide Hände auf den Bauch gepresst ging er, vorn über gebeugt, langsam nach Hause. Nachdem er sich auf sein Lager gelegt, stellten sich heftigere Schmerzen ein, so dass sein Schluchzen und Stöhnen endlich seine Zimmergenossen weckte. Diese suchten, von dem ungewohnten Anblick der vorgefallenen Därme überrascht, sofort ärztliche Hülfe.



Beim Pat. angelangt, nahm ich folgenden Status auf: Pat. liegt (in den Kleidern) mit nach vorn gebeugtem Oberkörper und heraufgezogenen Beinen auf der r. Seite im Bett; er ist bei vollem Bewusstsein und klagt über heftige Schmerzen im Unterleib. Gesicht blass, Puls klein, 120. Erbrechen fehlt. — Nach Entfernung der Kleider und bei regelrechter Rückenlage wird man gewahr, dass ca. 6—8 Fuss Dünndarmschlingen vorgefallen sind und als ein Knäuel das ganze Abdomen überdecken. Keine Darmschlinge ist verletzt, auch zeigen die Därme bis jetzt keine Erscheinungen von Entzündung oder Brand. Bei vorsichtigem Abheben derselben von den Bauchdecken wird constatirt, dass sämmtliche prolabirten Intestina durch eine ca. 5 cm. lange Schnitt- (Stich-) Wunde in der l. Inguinalgegend nach aussen gedrungen sind. Durch die Wundöffnung fliesst immer noch Blut aus der Bauchhöhle.

Nachdem das ganze Paquet Därme mit warmem Carbolwasser sorgfältig gereinigt, und Pat. durch eine Morphiuminjection (0,03) beruhigt war, schritt ich zur Reposition. Es schien anfangs fast unmöglich, den ganzen grossen Knäuel durch die im Verhältniss kleine Stichöffnung wieder retour in die Bauchhöhle passiren zu lassen und fast hätte ich mich verleiten lassen, die Wunde zu erweitern, als es mir plötzlich gelang, den im untern Wundwinkel gelegenen weitern Schenkel der Darmschlinge um eine kurze Strecke nach innen zu schieben. Die weitern Repositionsversuche verursachten jedoch dem stämmigen Burschen so heftige Schmerzen, dass ich zur zweiten Morphiuminjection (0,03 10 Minuten nach der ersten) schreiten musste. Hierauf folgte eine oberflächliche Narcose, in welcher es endlich möglich wurde, den Darm Zoll für Zoll weiter in die Bauchhöhle hineinzuschieben, freilich nicht ohne öftern Unterbruch durch den vor Schmerz sich widersetzenden Pat., sowie durch öftere reflectorische Würgbewegungen desselben.

Nach der vollständigen Reposition hatte man eine in Gestalt eines Zweiecks klaffende Wunde mit scharfen Rändern und spitzen Winkeln vor sich. Ihre Länge betrug circa 5 cm. Der obere Wundwinkel lag in der (horizontalen) Verbindungslinie beider Spinæ ilei, ca. 6 cm. nach innen von der l. Spina. Die Wunde verlief sodann schräg nach unten und innen gegen die Mittellinie, so dass der untere Wundwinkel noch ca. 5—6 cm. von der Linea alba entfernt war.

Die Wunde wurde nun desinficirt, durch 3 Nähte mit starkem *Kocher*'schem Catgut (anderes Nähmaterial hatte ich nicht zur Verfügung) vereinigt und antiseptisch verbunden. (Protective und dickes Salicylwattepolster.)

Der weitere Verlauf war ein wider Erwarten günstiger. Den folgenden Morgen, 30. Mai, wurde folgender Status notirt: Kein Erbrechen, Zunge stark belegt, feucht; die Haut zeigt mässig starken Schweiss. — Verbandwechsel. Abdomen mässig aufgetrieben, um die Wunde herum etwas druckempfindlich. Kein Stuhl und kein Urin seit gestern. Morgentemperatur 38,4, Puls 84; Abendtemperatur 37,1, Puls 80. — Ord.: Morphiuminjection und flüssige Nahrung.

Den 31. Mai derselbe Status. Morgentemperatur 37,1, Puls 64; Abendtemperatur 38,2. — Morphiuminjection.

Den 1. Juni Temperatur 38,2, Puls 80. Morphiuminjection.

Den 2. Juni Verbandwechsel; etwas Druckempfindlichkeit über dem ganzen Abdomen. Urin hell, noch kein Stuhl erfolgt. — Morgentemperatur 37,8, Puls 76; Abendtemperatur 37,3, Puls 80. Morphiuminjection.

Den 3. Juni Morgentemperatur 38,0, Puls 64; Abendtemperatur 37,5, Puls 64.

Den 4. Juni Temperatur 36,9.

Den 5. Juni Temperatur 37,2, Puls 56. Es ist 2 Mal ergiebiger Stuhlgang erfolgt.

Den 6. Juni Temperatur 37,5, Puls 52.

Von nun an blieben die Temperaturen normal, und Pat. erholte sich rasch. Unterdessen war die Bauchwunde beinahe per primam geheilt; nur die mittlere Naht hatte, weil der stärksten Spannung ausgesetzt, oberflächlich durchgeschnitten, doch erfolgte hier die definitive Ausheilung anstandslos per secundam. — Die gebildete Narbe wurde sehr solid; so solid, dass sie im Herbst nicht im Stande war, den armen Kerl vom Militärdienst frei zu machen.

Aussersihl. Dr. *J. Hegetschweiler*.



Wochenbericht.

Schweiz.

— **Aerztlicher Grenzverkehr.** Da in letzter Zeit mehrfache Anfragen an uns gerichtet worden sind, aus denen mit Wahrscheinlichkeit hervorgeht, dass die unten folgenden Bestimmungen bei der Mehrzahl unserer Collegen in Vergess gerathen sind, so erinnern wir daran, dass eine „Erklärung zwischen der Schweiz und dem Deutschen Reiche, betreffend Ausdehnung der ärztlichen Praxis von Domicilirten in den Cantonen Bern, Solothurn und beiden Basel auf Elsass-Lothringen, und von dortigen Domicilirten auf das Gebiet der vorgenannten 4 Cantone" (vom 20. und 29. November 1872) besteht, wonach Aerzte und Thierärzte der betreffenden Länder (sofern sie in dem eigenen Land zur Praxis berechtigt sind) über die Grenze practiciren dürfen, doch müssen sie bei der deutschen betreffenden Landesverwaltung (resp. die Deutschen bei den betreffenden Cantonsregierungen) „darum nachsuchen". Ein Schweizer wird demnach bei dem nächsten Oberamt sich zu melden haben unter Vorlage seiner bezüglichen Berechtigung zur Praxis im betreffenden Canton, resp. seines Concordats- oder eidg. Diploms, event. eines frühern cantonalen Diploms, das unter die in Art. 1 des Bundesgesetzes vom 19. December 1877 (Freizügigkeitsgesetzes) aufgeführten Licenzcertificate gehört.

Selbstverständlich hat der über die Grenze practicirende Arzt auch sich den Gesetzen des betreffenden ausländischen Staates, z. B. der Anzeigepflicht, Bescheinigung der Todesursachen u. s. w. zu unterziehen.

— Aus dem Berichte des Präsidenten des **leitenden Ausschusses für die eidgenössischen Medicinalprüfungen** über die Thätigkeit dieser Behörde im Jahre 1882 veröffentlichen wir auf erhaltene Erlaubniss hin, was folgt.

I. Administrative Angelegenheiten.

.... Im Personalbestand des leitenden Ausschusses sind im Berichtsjahr folgende Aenderungen vor sich gegangen: Am 22. Juli gab das Mitglied für Lausanne, Herr Dr. *Recordon*, seine Demission ein, und es wurde an seine Stelle vom h. Bundesrath am 22. August Herr Prof. *F. A. Forel* von Morges gewählt, welcher leider schon am 5. November aus Gesundheitsrücksichten wieder zurücktrat. Zur Zeit ist diese Lücke noch nicht ausgefüllt. ... [1])

Von den Geschäften wurden vom Präsidenten 70 dem Gesammtausschuss (per Circulation) vorgelegt (wozu noch eine unbestimmte Anzahl der vom Stellvertreter besorgten kommt). Alles Uebrige hat der Präsident entweder direct oder nach vorheriger Einholung eines Berichts der betreffenden Ortspräsidenten erledigt. Weitaus der grösste Theil aller dieser Angelegenheiten bestand in Beantwortung von Gesuchen und Anfragen in- und ausländischer Examinanden und Examinirten; hiezu kamen noch Anfragen von cantonalen Behörden und Berichterstattungen an das Departement.

Mit dem ersten Tage des Berichtsjahres trat das Prüfungsreglement vom 2. Juli 1880 in volle Kraft mit Dahinfallen derjenigen Modificationen, welche der im Jahresbericht über 1880 erwähnte Beschluss des leitenden Ausschusses vom Decbr. 1880 für das Jahr 1881 aufgestellt hatte.

In Sachen der pharmaceutischen Maturität wurde ein vorläufiger Abschluss erzielt durch das von unsern Experten entworfene und vom Departement genehmigte und sub 6. Juni 1882 veröffentlichte „Verzeichniss derjenigen Schulen bzw. Schulstufen etc." . . Schwyz wurde gestattet, eigene Maturitätsprüfungen für angehende Pharmaceuten abzuhalten.

Die Maturitätsverhältnisse der Mediciner sind noch immer nicht ganz geordnet, indem noch Verhandlungen mit Genf schweben. Ebenso dürfte nochmals über Tessin discutirt werden, Graubünden und Waadt sind noch mit bezüglichen Ant-

[1]) Am 23. Januar hat der Bundesrath Herrn Dr. *Challand*, Director des cant. Irrenhauses von Bois de Céry zum Mitglied des leitenden Ausschusses ernannt. Dr. *Challand* hat die Wahl angenommen.



worten ausstehend, dagegen hat Zug im Laufe des Jahres seine Gymnasialverhältnisse nach dem Antrage der Experten geordnet und die Zusicherung der Anerkennung seiner Maturitätszeugnisse erhalten.

Die Angelegenheit betreffend Anerkennung der neugegründeten medicinisch-propädeutischen Facultät von Lausanne ist ihrem Abschluss nahe gerückt. Am 13. October zeigte der Staatsrath von Waadt dem eidg. Departement des Innern an, es seien nunmehr die bezüglichen Einrichtungen so weit gediehen, dass die in Aussicht gestellte Expertise erwartet werden könne. Diese fand am 16. November statt durch Herrn Prof. *Vogt* als Delegirten des leitenden Ausschusses und durch die Herren Proff. *Aeby* und *Miescher* als Specialsachverständige.

Die Berichterstattung lautete so, dass der leitende Ausschuss sich veranlasst sah, beim eidg. Departement auf Anerkennung der medicinisch-propädeutischen Facultät anzutragen.

In Sachen der Reciprocität ist im Berichtsjahr kein Fortschritt gemacht worden. Eine Petition des schweiz. Apothekervereins (vom 11. October), dahin gehend, es möchten die Verhandlungen mit Deutschland betreffend gegenseitige Anerkennung der Gehülfendiplome wieder aufgenommen werden, wurde vom Departement auf Antrag des leitenden Ausschusses abgewiesen. Leider muss bei diesem Anlass constatirt werden, dass die schweizerische Pharmacie, durch die bekannten Entscheidungen des h. Bundesrathes und der Bundesversammlung betreffend Aufhebung der cantonalen Bedürfnissconcessionen ohnehin in eine äusserst prekäre Lage gebracht, einen hoffnungslosen Kampf mit dem Ausland bzw. mit Deutschland zu führen hat. Die schweiz. Apotheken müssen allmälig, aber unaufhaltsam in die Hände von Ausländern übergehen, welche, mit weniger Aufwand von Schulsitzen und Universitätsstudium belastet, die Gelegenheit der allerfreisten Concurrenz, die ihnen im eigenen Lande benommen ist, in der Schweiz ausnützen, und selbst die einzige noch mögliche Schranke, nämlich das Bestehen der eidg. Fachprüfung, hie und da geschickt zu umgehen wissen.

Es braucht hier kaum erwähnt zu werden, dass für den Schweizer Apotheker absolut gar keine Möglichkeit vorhanden ist, in Deutschland ein Geschäft zu betreiben.

In letzter Zeit hat die englische Gesandtschaft eine Art von ärztlicher Reciprocität mit der Schweiz vorgeschlagen, welche vorläufig die Billigung des leitenden Ausschusses durchaus nicht erhalten hat. Der Bericht über den Austrag dieser Angelegenheit fällt in das nächste Jahr.

Eine neue Auflage der Prüfungsordnung ist aus Auftrag des Departements im Berichtsjahr vorbereitet und vom Departement genehmigt worden. Sie beschränkt sich auf einfache Redactionsverbesserungen, besonders der französischen Ausgabe. Sie wird erscheinen, sobald die gegenwärtigen Reglemente vergriffen sind.

Eine neue Auflage des Verzeichnisses der Examinations-Commissionen ist vom leitenden Ausschuss verschoben worden, bis die Wahlen der Examinatoren für die medicinisch-propädeutische Facultät Lausanne werden stattgefunden haben.

Zum ersten Male sind bei Gelegenheit der Jahresrechnungen über 1881 die vom leitenden Ausschuss angeregten „Summarischen Uebersichten“ erschienen, und haben bereits ihre Nützlichkeit erwiesen. —

Schliesslich bleibt noch zu erwähnen, dass im Berichtsjahr nicht weniger als 5 Petitionen von dreimal Durchgefallenen um eine vierte Zulassung vom leitenden Ausschuss abgewiesen werden mussten, da in dieser Beziehung das Reglement (Art. 34) klar spricht.

Die von allen diesen Petenten benützte Berufung auf Præcedenzfälle stützt sich auf solche Fälle, bei denen der erste oder die ersten Durchfälle noch innerhalb der Concordatsperiode stattfand.

II. Prüfungen.

a) Statistisches.

Anzahl der Prüfungen			
1882:	217,	wovon ungenügend 42 =	19,3%
1881:	315,	„ „	25,4%
1880:	301,	„ „	22,9%
1879:	283,	„ „	21,2%



In den folgenden Verzeichnissen sind die wenigen wegen Unzulänglichkeit der vorgelegten Schulzeugnisse auferlegten Maturitätsprüfungen angehender Apotheker unter dem Namen „pharmaceutische Vorprüfung“ aufgeführt.

Die untenstehende Tabelle gibt für das Berichtsjahr eine statistische Uebersicht der Prüfungen nach ihrer Vertheilung auf die Prüfungssitze, nach ihren Categorien und Abschnitten und nach dem Erfolg.

Eidg. Medicinalprüfungen 1882:

		Basel.		Bern.		Genf.		Lausanne.		Zürich.		Zusamm.		Total.	
		Genügend.	Ungenügend.	Genügend.	Ungenügend.	Genügend.	Ungenügend.	Genügend.	Ungenügend.	Genügend.	Ungenügend.	Genügend.	Ungenügend.	Genügend u. Ungenügend.	Im Ganzen.
med.	prop. Pr.	9	3	14	8	9	2	—	—	27	9	59	22	81	136 med. Prüfgn.
	Fachpr.	12	1	11	1	7	1	—	—	21	1	51	4	55	
pharmac.	Vorpr.	1	—	—	—	2	—	—	—	—	2	3	2	5	54 pharm. Prüfungen.
	prop. Pr.	4	—	3	—	3	—	12	6	6	1	30	7	37	
	Fachpr.	1	—	—	1	—	—	5	—	4	1	10	2	12	
thierärztl.	prop. Pr.	—	—	7	2	—	—	—	—	12	2	19	4	23	27 thierärztl. Prüfgn.
	Fachpr.	—	—	2	—	—	—	—	—	1	1	3	1	4	
		27	4	37	12	21	3	17	6	71	17	175	42	217	217 Prüfgn.
		31		49		24		23		88		217			

Bei den nachfolgenden, meist procentischen Berechnungen sind die Prüfungen, nicht die Personen gezählt. Im Uebrigen gilt über dieselben das im letzten Jahresbericht ausdrücklich Hervorgehobene.

Die Decimalen sind hie und da abgerundet.

Von sämmtlichen Prüfungen waren:

		1882.	1881.
genügend	%	80,7	74,6
ungenügend	„	19,3	25,4
		100	100

Von sämmtlichen Prüfungen (genügenden und ungenügenden) waren:

		1882.	1881.
medicinische	%	62,7	62,5
pharmaceutische	„	24,9	22,2
thierärztliche	„	12,4	15,3
		100	100

			1882.	1881.
Ungenügend fielen aus von sämmtlichen	medicinischen Prüfungen	%	19,0	26,4
„ „ „ „ „	pharmaceut. „	„	20,0	27,1
„ „ „ „ „	thierärztlichen „	„	18,5	18,7

Alle Prüfungsorte zusammen genommen fielen ungenügend aus von den:

		1882.	1881.
Medicinisch-propädeutischen Prüfungen	%	27,1	33,6
Medicinischen Fachprüfungen	„	7,2	17,2
Pharmaceutischen Vorprüfungen	„	50,0	60,0
Pharmaceut.-propädeutischen Prüfungen	„	18,4	20,8
Pharmaceutischen Fachprüfungen	„	16,6	26,8
Thierärztlich-propädeut. Prüfungen	„	17,3	30,8
Thierärztlichen Fachprüfungen	„	25,0	4,5

NB. Hiezu ist zu bemerken, dass blos 4 pharmaceut. Vorprüfungen und ebenso viele thierärztliche Fachprüfungen im Berichtsjahr stattgefunden haben.

Von sämmtlichen medicinischen Prüfungen fanden statt in

		1882	1881.
Basel	%	18,4	22
Bern	„	25,0	32
Genf	„	14,0	16
(Laus.)	„	—	—
Zürich	„	42,6	30
		100	100

Von den medic.-propädeut. Prüfungen fallen auf

		1882.	1881.
Basel	%	14,8	17,3
Bern	„	27,2	32,7
Genf	„	13,6	15,5
Zürich	„	44,4	34,5
		100	100

Von den medicinischen Fachprüfungen fallen auf

		1882.	1881.
Basel	%	23,6	28,7
Bern	„	21,9	29,9
Genf	„	14,5	17,3
Zürich	„	40,0	24,1
		100	100

. . . . Es ist nochmals daran zu erinnern, dass einige der im Vorhergehenden aufgestellten Rechnungen wegen der Kleinheit der hierbei in Betracht kommenden absoluten Zahlen wenigsagend sind.

Hervorzuheben ist nur, dass im Berichtsjahr 98 Prüfungen weniger als im Jahr 1881 stattgefunden haben und ferners, dass sich bei den medicinischen und pharmaceutischen Prüfungen das Verhältniss der ungenügenden Prüfungen weit günstiger gestaltet hat.

Die folgende Tabelle gibt Aufschluss über die Vertheilung der wiederholten sowie der ungenügenden Prüfungen:

	Summe der Prüfungen	Hievon waren I.	II.	III.	Summe der ungenüg. Prüfungen	Hievon fielen auf die I.	II.	III. Prüf.
Medic.-prop.	81	64	13	4	22	16	5	1
Medic. Fachpr.	55	50	5	—	4	4	—	—

Es hat sich demnach im Berichtsjahr die für die Examencommissionen wie für die betreffenden Candidaten gleich betrübende Nothwendigkeit des Ausschlusses von jeder weitern Prüfung (nach Art. 34, Absatz 3 des Reglementes) blos 1 Mal ergeben (1881 9 Mal).

. . . Von „summarischen Prüfungen“ (nach Art. 68 und 70 des Reglements) kam im Berichtsjahr blos eine einzige vor (Thierarzt *Henri Volet*).

Im Berichtsjahr haben 5 Frauenspersonen eidg. Prüfungen gemacht und bestanden, und zwar je eine Deutsche und eine Russin die medic.-propäd. Prüfung, eine Schweizerin und 2 Russinnen die medic. Fachprüfung.

Der leitende Ausschuss hat mit Genehmigung des eidg. Departements des Innern an 4 Ausländer das eidg. ärztliche Diplom ohne Prüfung (nach Art. 69, Absatz 3 des Reglements) ertheilt, nämlich an 2 Engländer, an 1 Franzosen und an 1 Deutschen.

Als Aerzte erhielten nach glücklich bestandener Fachprüfung das eidgenössische Diplom: *Fritz Brunner*, Thurgau; *Friedr. Honnegger*, Zürich; *Franz Lienhard*, Schwyz; *Samuel Eperon*, Waadt; *Armand Givel*, Waadt; *Ernst Miéville*, Bern; *Xaver Schreiber*, Schwyz; *Gustav Wessner*, St. Gallen; *Theodor Buri*, Baselstadt; *Robert Enzmann*, Luzern; *Joseph Rappaz*, Wallis; *Karl Rieder*, Baselland; *Gottlieb Schenker*, Solothurn; *Adolf Streckeisen*, Baselstadt; *Joh. Bapt. Wutz*, Bayern; *Ernest Gaudard*, Vaud; *Charles Marguet*, France; *Albert Gerber*, Bern; *Marie de Thilo*, Russland; *Olga Gortinskg*, Russland; *Stanislas Joseph Mehling*, Genève; *Camille Reymond*, Vaud; *Jules Berdez*, Vaud; *Fritz Denger*, Bern; *Gustav Jahn*, Bern; *Paul Repond*, Freiburg; *Rodolfe Rubattel*, Vaud; *Albert Vogel*, Luzern; *Alfred Genhart* Luzern; *Max von Arx*, Solothurn; *Manfred Bott*, Graubünden; *Karl Garré*, St. Gallen; *Hermann Keller*, Aargau; *Lucas Rauer*, St. Gallen; *J. Rud. Kappeler*, Thurgau; *Elisabeth Völkin*, St. Gallen; *Jos. Dom. Bueler*, Schwyz; Dr. *Otto Roth*, Appenzell A.-Rh.; *Paul Ernst*, Zürich; *Joh. Jak. Grimm*, Zürich; *Jost Anderhub*, Luzern; *Emil Köhl*, Graubünden; *Julius Pfister*, Thurgau; *Friedr. Merz*, Graubünden; *Ernst Mützenberg*, Bern; *Alfred Debrunner*, Thurgau; *Anton Amberg*, Luzern;



Xaver Seitz, St. Gallen; *Albert Dubler*, Aargau; *Albert Müller*, Solothurn; *Robert Peyer*, Luzern.

Es sind also aus den Cantonen Luzern und Waadt je 6, Bern und St. Gallen je 5, Thurgau 4, Zürich, Schwyz, Solothurn und Graubünden je 3, Basel und Aargau je 2, Wallis, Baselland, Genf, Freiburg und Appenzell A.-Rh. je 1, Russland 2, Deutschland und Frankreich je 1 diplomirt worden; darunter 3 weiblichen Geschlechtes: *Elisabeth Völkin* aus St. Gallen, *Marie de Thilo* aus Russland und *Olga Gortinsky* aus Russland. . . .

Es betreffen die 217 Prüfungen blos 210 Personen. (a. 1881: 315 Prüfungen auf 296 Personen, a. 1880: 301 Prüfungen auf 281 Personen.)

Sämmtliche Prüfungen (nicht Personen), genügende und ungenügende, vertheilen sich nach der Heimathangehörigkeit der geprüften Personen folgendermaassen:

	Geprüft in					
Schweiz.	Basel.	Bern.	Genf.	Lausanne.	Zürich.	Zusammen.
Aargau	1	1	—	—	7	9
Appenzell A.-Rh.	—	—	—	—	1	1
Appenzell I.-Rh.	—	—	—	—	—	—
Baselland	1	1	—	1	3	6
Baselstadt	3	—	—	—	—	3
Bern	—	24	1	4	2	31
Freiburg	—	3	—	1	1	5
St. Gallen	4	5	1	—	11	21
Genf	—	1	4	—	—	5
Glarus	—	—	—	—	1	1
Graubünden	3	—	—	—	5	8
Luzern	6	2	—	1	4	13
Neuenburg	—	2	1	2	1	6
Schaffhausen	1	—	2	—	1	4
Schwyz	2	1	—	—	4	7
Solothurn	2	1	—	—	2	5
Tessin	—	—	3	—	—	3
Thurgau	1	—	—	—	11	12
Unterwalden n. d. W.	—	—	—	—	—	—
Unterwalden o. d. W.	1	—	—	—	—	1
Uri	—	—	—	—	—	—
Waadt	—	6	7	12	1	26
Wallis	1	2	—	—	—	3
Zürich	2	—	—	1	26	29
Zug	—	—	—	—	2	2
Ausland.						
Deutschland	3	2	1	—	4	10
Frankreich	—	—	2	—	—	2
Italien	—	—	—	1	—	1
Russland	—	—	2	—	1	3
	31	51	24	23	88	217

Basel. 100 Schemata zum Einzeichnen von Befunden am Gehörorgane, herausgegeben von Prof. Dr. *Alb. Burckhardt-Merian* in Basel. B. Schwabe, Basel, 1883. Preis Fr. 3. 50.

Die 100 Blätter bieten auf dem Avers die Bilder des rechten, auf dem Revers die des linken Ohres und zwar eine schematische Ansicht des Trommelfelles, einen Transversalschnitt des Ohres mit Markirung der Tube und einen Horizontalschnitt mit Andeutung von Tube, Canalis caroticus, Antrum und Warzenzellen, Sinus transversus etc. Sie sind für jeden Arzt, welcher sich die Bilder des Ohrspiegels genau und leicht fixiren will, ebenso practisch, als bequem und Zeit ersparend. Den Ohrenärzten werden sie besonders angenehm sein.

Die äussere Ausstattung ist in der Zeichnung vortrefflich, im Einband sehr practisch (die Blätter am Einbandrande zum Abreissen eingerichtet, perforirt). *A. B.*



— **Die Krankenversicherung** ist in Basel seit längeren Jahren Gegenstand eingehenden Studiums und in den letzten Tagen zu einer brennenden Frage geworden.

Eine Grossrathscommission hat vor Kurzem einen Bericht ausgearbeitet, welcher einer **allgemeinen obligatorischen Krankenversicherung** ruft. Jeder Einwohner hiesiger Stadt muss nach diesem Projecte der Versicherungscasse angehören; der ärztliche Dienst wird von einer begrenzten Zahl von Bezirksärzten besorgt, welche fix besoldete Staatsangestellte sind.

Das Project ist eine Umarbeitung des ursprünglich von Herrn Ständerath Dr. *Göttisheim* edirten Entwurfes, auf welchen s. Z. die medicinische Gesellschaft (vide Corr.-Bl. 1881, S. 700 u. f.) geantwortet hat.

Da nun demnächst der Grosse Rath den Bericht dieser Commission berathen soll, hat eine Anzahl Aerzte diese für das Volk und uns Aerzte so überaus wichtige Frage eingehend berathen. Als Product dieser Besprechungen erschien soeben bei H. Georg, Buchhändler in Basel, „Die Kehrseite der allgemeinen, obligatorischen Krankenversicherung. Bemerkungen zum Projecte der Mehrheit der Grossrathscommission. Herausgegeben von den ärztlichen Mitgliedern des Grossen Rathes.“ Preis 70 Cts. Die Brochure, selbstverständlich in der Hauptsache an jene Berathungen sich anlehnend, ist somit das Gutachten, mit dem die ärztlichen Mitglieder des Grossen Rathes (Prof. *Burckhardt-Merian*, Physicus Dr. *Lotz*, Dr. *Fritz Müller*, Dr. *Rosenburger* und Prof. *Socin*) den betr. Gesetzesentwurf beleuchten; leider lässt sich dasselbe hier nicht im Auszuge wiedergeben. Die gedrängte Darstellung, die beleuchtende Kritik mit ihren Daten verschiedenster Art zeigt uns 1) das Budget des allgemeinen Obligatoriums, 2) die practische Durchführung des letztern, 3) seine Begründung, 4) das wirkliche Bedürfniss und gipfelt in der Schlussfolgerung über das allgemeine obligatorische Versicherungsproject: „Wir erkennen in demselben eine Todtgeburt, welcher keine „bezirksärztliche“ Kunst Leben einhauchen wird; es ist unsicher in seinen Voraussetzungen, unklar in seinen Zielen, unrichtig in seinen Mitteln, unmöglich in seiner Durchführung.“

Die Frage der Krankenversicherung ist für uns Aerzte überaus wichtig. Wenn auch das *Göttisheim*'sche Project fällt, so wird es doch die gute Folge haben, dass für verbreitete Kreise die Nothwendigkeit der Fürsorge für kranke Tage und die werkthätige Mithülfe des Staates anerkannt, die ärztliche Hülfe nicht als Almosen, sondern als selbstverständliche Hülfspflicht legitimirt ist.

Wir werden später im Zusammenhange mit den Verhandlungen des Grossen Rathes eingehend und übersichtlich auf die Frage zurückkommen und empfehlen allen Collegen das Studium dieser, diese ganze Frage sehr klar und sehr exact beleuchtenden, „Kehrseite“ auf das angelegentlichste.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. Januar bis 10. Februar 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen sind 9 Fälle angezeigt (11, 30, 15).

Von Parotitis 2 Erkrankungen, beide auf dem Südostplateau.

Scharlach weist 21 Erkrankungen auf (24, 30, 29), wovon 16 auf den Plateaux Grossbasels.

Typhus 3 Fälle in Grossbasel (3, 15, 5).

Diphtherie und Croup 13 Fälle (12, 12, 15), wovon 8 in Kleinbasel.

Erysipelas 6 Fälle (13, 8, 9), je 3 in Gross- und in Kleinbasel.

Pertussis 12 Anzeigen (13, 11, 7), wovon 7 aus Kleinbasel.

Von Icterus sind 2 Anzeigen eingegangen, beide Kinder auf dem Nordwestplateau betreffend (19, 9, 6, 7, 1).

Bibliographisches.

9) *Quatrième Congrès* intern. d'hygiène. Rapport sur le programme du Concours sur la prévention de la cécité von Dr. *G. Haltenhoff*. 8°. Genève. H. Georg.

10) *Lunge*, Dr. *G.*, Verbot der Phosphorzündhölzchen in der Schweiz und dessen Wiederaufhebung. 8°. Zürich, C. Schmidt. Fr. 1. 20.



11) *Stamm*, *A. Theod.*, Die Verhütung der erblich-giftigen verbreitetsten Ansteckungen. 8°. Zürich, C. Schmidt. Preis Fr. 1. 20.
12) *Pfeiffer*, Dr. *E.* (Weimar), Ueber die Rückimpfung auf Kühe und Kälber und die Technik dieser Impfmethode. Sep.-Abdr. a. d. Jahrbuch f. Kinderheilk. XIX.
13) *Cloëtta*, *A.*, Grundzüge der Arznei-Verordnungslehre, gebd. Freiburg und Tübingen, J. C. B. Mohr.
14) *Porter-Schill*, Kriegschirurgisches Taschenbuch mit 152 Abbildgn. 8°. gebd. Preis Fr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel.
15) *Birch-Hirschfeld*, Dr., Lehrbuch der pathologischen Anatomie. II. umgearb. Auflage. I. Bd. 118 Abbildgn. 8°. Preis Fr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel.
16) *v. Pettenkofer* und *v. Ziemssen*, Handbuch der Hygieine und der Gewerbekrankheiten. II. Theil, I. Abth. Grössere Gemeinwesen. I. Hälfte. II. Theil, II. Abth. Specielle sociale Einrichtungen. 8°. 1883. Leipzig, F. C. W. Vogel.
17) *Schreiber*, Dr. *Jos.*, Das medicinische Paris. 170 S. 8°. Wien, Urban & Schwarzenberg.
18) *Maschka*, *J.*, Handbuch der gerichtl. Medicin III. und IV. Bd. Mit 15 Holzschnitten. Zus. 1370 S. Schluss. Tübingen, Laupp'sche Buchh. Preis Fr. 33. 35.
19) *Roser*, *W.*, Handbuch der anatomischen Chirurgie. VIII. Aufl. I. Abth. 8°. Tübingen, H. Laupp. Preis Fr. 5. 90.
20) *Schreiber*, Dr. *Aug.*, Atlas der Gelenkkrankheiten nebst diagnost. Bemerkungen und einem Abrisse der Anatomie des Gelenkes. 4°. Mit 23 Tafeln und 56 Holzschn. Tübingen, Laupp. Preis Fr. 16.
21) *Jahrbuch für Kinderheilkunde* und physische Erziehung. XVII. 2/3. Heft. Leipzig, B. G. Teubner. Preis per Bd., 4 Hefte, Fr. 13. 90.
22) *von Ziemssen*, *H.*, Pharmacopœa clinica. Eine Anleitung zur Ordination der wichtigsten Arzneimittel. IV. Aufl. 8°. Erlangen, Ed. Besold. Preis Fr. 3. 20.
23) *von Pettenkofer* und *von Ziemssen*, Handbuch d. Hygieine und d. Gewerbekrankheiten, II. Thl. I. Abth. 2. Hälfte, Wasserversorgung, von Dr. *G. Wolffhügel*. 8°. Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis Fr. 6. 70.
24) *von Ziemssen*'s Handbuch der allgemeinen Therapie. II. Band, 2. Theil, Allgemeine Orthopädie, Gymnastik und Massage von *Busch*. Mit 34 Abbildgn. 8°. Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis Fr. 6. 70.
25) Dr. *Rahn-Meyer*, Dr. *Conrad Rahn-Escher*, Biograph. Notiz für d. ärztl. Gesellsch. des Cant. Zürich. 8°. 22 S. Zürich.
26) *Statistische Mittheilungen* des Cant. Basel-Stadt. Bericht über den Civilstand, Todesursachen und die ansteckenden Krankheiten im Jahre 1881. 4°. 67 S. Basel.
27) *Archives des Sciences* physiques et naturelles, Nov. 1882. Compte rendu des travaux présentés à la 65me session de la Société helvétique des sciences naturelles à Linththal. Sept. 1882. Genf und Basel, H. Georg.
28) *Grassmann*, *Rob.*, Das Thierleben oder die Physiologie der Wirbelthiere. 8°. 630 S. Stettin, R. Grassmann. Preis Fr. 13. 35.
29) *Karsten*, *H.*, Deutsche Flora. Pharmac.-medic. Botanik. Lfrg. 8/10. Berlin, J. M. Spæth.
30) *Wiener Klinik*, Urban & Schwarzenberg, Wien. 12. Heft, Decbr. 1882. *Pawlik*, Zur Frage der Uteruscarcinome.
31) *Thompson*, Sir *Henry*, The Discales of the Prostate Fheir pathology and treatment. Students edition. V. Aufl. London, J. & A. Churchill.
32) *Baudry*, Dr. *S.*, Simulation de l'amaurose et de l'amblyopie. Mit 5 Fig. Paris, O. Berthier. Preis 50 Cts.
33) *Baudry*, Dr. *S.*, Fragments d'ophthalmologie pratique. Paris, O. Berthier. Preis Fr. 2. 50.

Briefkasten.

Herrn Dr. *H.* in U.: Wir nehmen Notiz davon, dass es in Ihrem Referate über *Albu* heissen soll: „Der Autor schliesst nämlich vom „Mangel an Kohlenhydrate“ auf das Fehlen von „Kohle“, während der Kohlenstoff durch das reichliche Fett in den Eiern repräsentirt ist.“

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 5. XIII. Jahrg. 1883. 1. März.

Original-Arbeiten.

Zur Lehre von der persönlichen Desinfection.[1])

Von Dr. **Sonderegger** in St. Gallen.

„Glücklich sein, heisst richtig handeln", sagt *Hippokrates.* Dieses Richtighandeln ist nun selbstverständlich sehr verschieden nach Zeit und Ort und überall nur ein relatives. Wer überhaupt nichts thun will, bis er ganz sicher ist, richtig zu handeln, der treibt die Scepsis zum Unsinn und fördert weder Wissenschaft noch Menschenwohl.

Seitdem wir durch die epochemachenden Arbeiten *Pasteur*'s die Vermittler der Gährung, der Fäulniss und vieler Krankheitsvorgänge als microscopische Organismen kennen gelernt haben, und seit die neueren Bacterienforscher, vor Allen *Nägeli* und *Koch*, die Lebensbedingungen dieser Organismen genauer studiren, haben wir, wenn auch noch nicht bestimmte Angriffspuncte, so doch eine Richtung gefunden, in welcher wir mit einigem Erfolge — jedenfalls besser als bisher — arbeiten können.

Die erste segensreiche Frucht dieser Anschauung ist bekanntlich die *Lister*'sche Wundbehandlung, deren grossartige Erfolge ebenso sehr auf der Handhabung einer, bisher nur in chemischen Laboratorien gebräuchlichen, sonst aber unerhörten Reinlichkeit, als auf eigentlicher Bacterientödtung beruhen.

Man hat *Lister*'s würdigem Vorläufer *Semmelweiss*, der 1848 das Puerperalfieber durch persönliche Desinfection der Aerzte und der Wärterinnen beschränkte, vorgehalten, er kämpfe mit Waffen von unbekannter Tragweite gegen unbekannte Feinde. Dieselben Vorwürfe gelten grossentheils auch *Lister*, dessen Verdienste nichtsdestoweniger über alle Zweifel erhaben sind und dessen Anschauungen auch

[1]) Nach einem am internationalen Congress für Hygieine in Genf gehaltenen Vortrage, der unterdessen auch in der deutschen Vierteljahrsschrift für Gesundheitspflege erscheinen wird.
Redact.





bei andern Infectionen als bei den traumatischen, verwerthet werden müssen. Dabei lassen wir es nothgedrungen noch darauf ankommen, ob wir es z. B. bei Flecktyphus, Cholera, Pocken, Scharlach, Diphtherie u. s. w. blos mit dem empfindlicheren Bacillus oder mit seinen äusserst widerstandsfähigen Dauersporen zu thun haben; wir sind noch bei den ersten Anfängen einer botanischen Diagnose und dürfen auch die Experimente vom Laboratorium nicht ohne weiters für die Krankenbehandlung verwerthen, weder positiv noch negativ abschliessen; diese muss sich, bis Besseres kommt, grundsätzlich schon mit einer Wahrscheinlichkeit begnügen.

Die Desinfection von Personen entbehrt selbstverständlich der bisher als ganz zuverlässig erkannten Mittel: der hohen Temperaturen, der Sublimatlösungen, selbst der concentrirten Carbollösungen und muss sich auf die peinlichste Reinlichkeit und darauf beschränken, die organisirten Krankheitsvermittler möglichst abzuschwächen und deren Angriffsgebiete möglichst zu sterilisiren. Dieses ist auch der leitende Gedanke bei der *Lister*'schen Wunddesinfection. Die Concentration des Spray und die nur vorübergehende Anwendung der 5% Lösung wären den Dauersporen nicht gewachsen.

Wie mit den Kleidern, den Händen und dem Haarschmucke der Aerzte und der Krankenwärter zu verfahren sei, lehren uns die *Lister*'schen Chirurgen und Gynæcologen und es ist ein Glück, dieses heutzutage überall als selbstverständlich voraussetzen zu dürfen.

Wie die absolute Isolirung, wenn sie nämlich durchführbar wäre, die Schutzpockenimpfung oft entbehrlich machen könnte, so wäre es auch am richtigsten, den Arzt, welcher z. B. einen Pockenkranken besucht hat, genau nach den Vorschriften Moses zu behandeln (III. Mos. XIV, 9), d. h.: „ihm Haare, Bart und Augenbraunen abzuscheren, ihn tüchtig zu baden und seine Kleider zu waschen.“

Da wir zur Zeit weder den Muth noch die Selbstverleugnung haben, diese uralte, von der modernen Wissenschaft und Praxis bekräftigte Forderung zu erfüllen, sind wir wenigstens verpflichtet, das Leichtmögliche zu thun und unsere ganze Oberfläche, insbesondere die Kleider, mit irgend einem Mittel zu behandeln, welches leicht anwendbar und ein, wenn nicht für die Tödtung, so doch für die Fortentwicklung der Bacterien möglichst wirksames Gift ist. Die bekannten Untersuchungen von *Koch* (Mittheilungen des kaiserl. deutschen Gesundheitsamtes) haben als zuverlässigste Milzbrandsporen tödtende Agentien gefunden: Sublimat, Brom, Chlor und Jod (pag. 266—268) und damit die althergebrachten Räucherungen bis auf einen gewissen Grad rehabilitirt. Versuche von *Bucholtz* (*Wernich*, Desinfectionslehre II. Aufl., pag. 175) ergaben, dass das Vermögen der Fäulnissbacterien, sich in ihrer Mutterflüssigkeit fortzupflanzen, aufgehoben wurde durch: Chlor 1 : 25,000; Sublimat 1 : 20,000; Jod 1 : 5000 und Brom 1 : 3000 u. s. w.

So, wie die Chlorräucherungen gewöhnlich ausgeführt werden, taugen sie allerdings nichts, weil in dem schweren Conflicte zwischen Desinfection und Athmung diese ihr Recht behauptet. Es ist aber möglich, die Chloreinwirkung in viel höherem Grade zu benützen, ohne den Menschen zu schädigen. Der Räucherungskasten, welcher Mund und Nase seines Insassen frei lässt, gestattet eine Chloranwendung, bei welcher geringere Kleiderfarben bleichen, Uhrenketten schwarz



anlaufen und die Lebensbedingungen anhaftender Bacterien gewiss mehr herabgesetzt werden als durch die blosse Lüftung auf dem Wege von einem Haus in's andere. — Unser Desinfectionskasten hat einen Rauminhalt von 444 Liter, oder nach Abzug von 60 Liter für das Volum eines Mannes: 384 Liter. Die gewöhnliche Beschickung von Gramm 200 Chlorkalk und 100 Schwefelsäure + 100 Wasser entwickelt 70 Gramm = 23 Liter Chlorgas; die Luft im Kasten enthält daher ziemlich genau 6% Chlor. Der Aufenthalt im Kasten lässt sich leicht auf 5 Minuten und mehr ausdehnen. Zahlreiche Versuche, bei welchen derselbe Arzt, der täglich viele Pockenkranke besorgte, in seiner ganzen übrigen Praxis keinen einzigen Fall von Pockeninfection erlebte, während an andern Orten Ansteckungen durch Geistliche und Aerzte mehrfach vorgekommen, sprechen wenigstens nicht gegen die Annahme, dass diese Art der persönlichen Desinfection nützlich sein könnte. In neuerer Zeit sind Versuche mit Brom, welches bekanntlich sehr rasch verdunstet und ebenso mit 5% Carbolspray gemacht worden, welche das Chlorgas vielleicht verdrängen. Wir dürfen hier nicht vergessen, dass sich die verschiedenen Bacterien gegenüber von Färbemitteln sehr verschieden verhalten und dass sie wahrscheinlich auch von den sogenannten Desinfectionsmitteln in sehr verschiedener Weise angegriffen werden. So wenig der Microscopiker der Gegenwart Alles mit Methylviolett zu färben versucht, so wenig wird der Epidemiologe der Zukunft Alles mit Sublimat oder mit Chlor angreifen wollen. Es gibt keine Universal-Nährflüssigkeit und kein universales Bactericidium, wenigstens nicht für die persönliche Desinfection.

Ferner verträgt auch der Kranke selber eine nicht unwirksame Desinfection. Bei Diphtheritis verwendet man dazu Jodtinctur mit lauem Wasser zum fleissigen Ausspülen; bei Pocken sind sehr häufige Waschungen des Kranken ein des Versuches werthes Verfahren. Noch 1871 wusch ich Pockenkranke mit 5% Carbolwasser zwei Mal täglich und ferner 2—4 Mal mit Wasser — ungestraft. Nachdem ich später die ganz unberechenbare Resorptionsfähigkeit der Carbollösungen bei chirurgischen Kranken kennen gelernt, verliess ich dieses Mittel grundsätzlich und bediente mich der Essigsäure in 5—8%-Lösungen und auch des Alcohol mit gutem Erfolge. Diese Waschungen haben, abgesehen davon, dass sie wegen ihrer, bei Fieber kühlen, nachher lauen Temperatur dem Kranken angenehm sind und abgesehen von ihrer desinficirenden Wirkung, auch den Vortheil, das Abstauben der Oberhaut zu vermindern.

Wenn ich bei diesem Anlasse auch noch von der Desinfection der Dejecta und der Wäsche spreche, so möchte ich auch hier hervorheben, dass es sich lediglich darum handelt, den Anfängen zu wehren. Einzelne Excremente und einzelne Leintücher haben wir noch in unserer Gewalt; Wäschekammern und Hausgruben spotten unserer Maassregeln. Die sanitätspolizeiliche Vorschrift des Ct. St. Gallen empfiehlt den Aerzten bei Typh. abd. fürzusorgen, dass in den Leibschüsseln stetsfort eine Lösung von 5% Carbollösung oder von 1 : 5000 Sublimatlösung bereit liege, ferner dass die Wäsche in einer Lösung von 20—25 grmm. schwarzer Seife auf 10 Liter Wasser durch 12 Stunden eingelegt werde. Nachher mögen Dejecta und Wäsche die gewohnten Wege gehen. Insbesondere aber möchte ich dankbar

der grossen Verbesserung und Vereinfachung der Desinfection gedenken, welche *Koch*, *Gaffky* und *Löffler* (Mittheilungen des deutschen Reichsgesundheitsamtes pag. 322) für Kleider und Bettstücke, überhaupt für Stoffe vorgeschlagen: der Desinfection durch heisse und strömende Wasserdämpfe, die überall leicht einzurichten und sehr viel ausgiebiger ist als die bisherige Desinfection mit heisser Luft, welche noch voriges Jahr an der hygieinischen Ausstellung zu London besonders in Form des *Frazer*'schen Desinfectionswagens eine Rolle spielte. Herr Cantonschemiker Dr. *Ambühl* von St. Gallen demonstrirte bei dieser Gelegenheit die Zeichnung eines, seit 6 Monaten arbeitenden Apparates.

Das kleine Resultat meiner kurzen Betrachtung ist wohl die alte Wahrheit, dass es bei der Desinfection nicht blos auf das Mittel, sondern auch auf die Methode ankommt, dass die persönliche Desinfection ebenso sehr eine Frage der persönlichen Gewissenhaftigkeit als eine Frage der Technik ist und dass Aerzte wie Krankenwärter für die Reinheit und Gefahrlosigkeit ihrer Kleider und ihres Körpers nicht weniger verantwortlich sind, als für die Desinfection ihrer Instrumente und Verbandmittel.

Befolgen wir bei ansteckenden Krankheiten das gute Beispiel der Chirurgen und wir können auch ihrer Erfolge theilhaftig werden.

Dr. *G. Ambühl*, Cantonschemiker, Inhaber des staatlichen Laboratoriums für hygieinische Untersuchungen von St. Gallen ergänzte hierauf am Genfer Congresse obige Mittheilung. Es handelt sich, sagte er, keineswegs um keine neue Idee, dagegen um den Nachweis, dass und wie ein Desinfectionsverfahren angewendet wird, welches *Koch*, *Gaffky* und *Löffler* in den „Mittheilungen des kaiserl. deutschen Gesundheitsamtes I. Band“ angegeben.

Der Cantonsspital, welcher 260—300 Betten hat, benutzte in den 10 Jahren seines Bestehens eine Kammer mit heisser Luft von 120° C., welche regelrecht gebaut und bedient, dennoch vielfach im Stiche liess. (Nur bei vergessenen Zündhölzchen that sie den Dienst gänzlicher Verbrennung sicher.) Es war daher sehr wohlgethan, die guten Räthe des deutschen Gesundheitsamtes sofort auszuführen und den Desinfectionskessel (dessen Zeichnung in $^1/_8$ Grösse der Versammlung vorgelegt ist) im Kesselhause aufzustellen, welches die einzige künstliche Wärmequelle für den Betrieb aller 4 Pavillons enthält, Dampf von $2^1/_2$—$3^1/_2$ Atmosphären, beziehungsweise von 125—140° C. abgeben, auch einen 38—42° C. warmen Winkel abtreten konnte, in welchem der Kessel keiner weiteren Umhüllungen bedurfte. Der Kessel ist ein Cylinder aus verzinktem Eisenblech, 115 cm. hoch und 80 cm. im Durchmesser, und kann mithin auch zusammengerollte Matratzen, zahlreiche Wolldecken etc. aufnehmen. Der Dampf strömt unten aus 2 seitlichen Oeffnungen in den Kessel, durch den wohlbefestigten Siebboden und die zu desinficirenden Objecte hindurch und der Abdampf wird in's Freie geführt. Der schwach konisch gewölbte Deckel trägt einen angenieteten kupfernen Stutzen, mit welchem das, in drehbarer Stopfbüchse bewegliche Dampfableitungsrohr durch eine Gewindverschraubung verbunden wird. Durch 3 Scharnierschrauben mit Flügelmuttern wird der Deckel auf dem Kesselrand befestigt. Wo wegen geringem Dampfdrucke ein



festerer Verschluss nöthig wäre, könnte durch Vermehrung der Schrauben und Einlegen eines Caoutchoucringes leicht nachgeholfen werden.

Der Apparat arbeitet nach den ausgeführten Maximal-Temperatur-Messungen ganz gut. In einem ersten Versuche wurden auf den obern (für kleinere Gegenstände berechneten) Drahtsieb-Boden drei Anzüge lose aufgelegt und Maximalthermometer in die Taschen gesteckt. Nach 10 Minuten Dampfströmung von $2^1/_2$ Atmosphären zeigten die Thermometer: 100,5—101° C. (Der Siedepunct des Wassers steht in St. Gallen, bei 704 mm. mittlerem Barometerstand, auf 97,9° C.) Damit scheint alles Nöthige erreicht zu sein.

Ein Versuch mit einem Ballen Packleinwand, 90 cm. Höhe und 37 cm. Durchmesser, mit 77 Windungen, oben, unten und in der Mitte fest zugeschnürt, in welchem sich 6 Thermometer je zwischen 13 Windungen befanden, ergab Folgendes: Bei Dampf von 3 Atmosphären und 20 Minuten Zeit sank das Manometer auf 2,5 Atmosphären und waren 15 Kilos Steinkohlen erforderlich, um den Anfangsdruck wieder herzustellen. Die Thermometer standen sämmtlich auf 100—100,5° C.

Dabei wurden die Kleider und der Leinwandballen kaum feucht, nur die oberste Schichte durch Condensirwasser etwas benetzt. Nach wenigen Minuten werden die Kleider in dem warmen Raume vollständig trocken und zum Anziehen bereit.

Bei viel geringerer Leistung brauchte der wenig grössere und von einer renommirten Maschinenfabrik gebaute Heisseluftkasten 50 Kilos Steinkohlen, während dieser Kessel 15; zudem ist dieser jeden Augenblick dienstfähig.

Discussion:

Vallin möchte die Empfehlung des Chlorkastens nicht ohne weiters unterstützen, weil die Chlordämpfe nur einen zweifelhaften Werth besitzen. Schon 1876 hat *Stadfeld* im Gebärhause zu Kopenhagen ein ähnliches Verfahren angewandt: einen weiten Wachstuchmantel, unter welchem Chlor- oder Schwefeldämpfe entwickelt wurden, ohne grossen Erfolg davon zu haben.

Dagegen macht *Sonderegger* geltend: dass die Wirkungen des Chlor wenigstens so sicher sind als diejenigen der schwefligen Säure, dass das angegebene, von ihm selber seit 1871 benützte Schilderhäuschen eine viel intensivere Einwirkung gestatte, als der Wachstuchmantel, und endlich: dass der Chlorkasten am allerwenigsten für Puerperalfieber passe, weil hier der Ansteckungsstoff nicht in der Luft, sondern in der Wöchnerin selber an Händen, Instrumenten und Betten zu suchen und zu bewältigen sei, ganz nach den Methoden von *Semmelweiss* mit Chlorkalk, oder von *Bischoff* mit 5% Carbollösung, oder von *Tarnier* mit 1‰ Sublimat. Ebenso wenig als bei Puerperalinfection möchte er den Chlorkasten anwenden bei Rotz, Milzbrand, Wasserscheu, ebenso nicht bei Abdominaltyphus und bei Cholera, weil es sich hier um festsitzendere Contagien handelt, dagegen hat sich der Kasten vielfach bewährt — was man so bewähren heisst! — bei den flüchtigeren Contagien der Pocken, bei Diphtherie und Scharlach; wahrscheinlich wäre er bei Flecktyphus des Versuches werth, unter allen Umständen beansprucht er nur die Bedeutung eines Versuches, der zu Besserem auffordern und die noch allzu häufige Sorglosigkeit mindern möchte.

Oscar Wyss erklärt, dass er im Kinderspitale Zürich mit diesem Verfahren sehr



gute Resultate erzielt habe. Seit es angewendet wird, hat die Uebertragung ansteckender Krankheiten dort fast ganz aufgehört. (Was leider nicht allen Spitälern ohne Ausnahme nachgerühmt werden kann.)

Die Schlusssätze lauteten:

1) Kranke, welche an Pocken, an Flecktyphus oder an Scharlach leiden, sind der persönlichen Desinfection mittels indifferenter oder ungiftiger Waschungen zu unterwerfen.

2) Die persönliche Desinfection der Aerzte und der Krankenwärter, auch der Besuchenden, ist bei contagiösen Kranken mit derselben Sorgfalt zu machen, wie sie *Lister* bei Wunden lehrt.

3) Bei Pocken, Flecktyphus und Scharlach ist die Anwendung des Chlorkastens als Versuch zulässig und empfehlenswerth.

4) Als Desinfectionsmethode für Kleider und Bettstücke ist der strömende Wasserdampf von wenigstens 100° C. vor Allem zu empfehlen.

Diese Schlusssätze wurden von der Versammlung einstimmig angenommen.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.[1]

2. Sitzung des Wintersemesters 5. December 1882 bei Webern.

Präsident: Prof. *Pflüger*. Actuar: Dr. *Ost*.

Anwesend 14 Mitglieder.

1) Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

2) Dr. *Conrad*: 1. Ueber Lageveränderungen der Ovarien; 2. Demonstration eines galvanocaustisch entfernten Fibromyomes des Uterus.

1. Ueber Lageveränderungen der Ovarien.

Der Vortragende demonstrirt zuerst durch Zeichnungen die normale Lage der Ovarien, ihre Befestigungsmittel (lig. latum, lig. Ovarii, lig. infundib. ovaricum), ihre normale Form und Grösse, die beide innerhalb gegebener Grenzen schwanken, und bespricht dann die Methode, nach welcher er die Palpation der Ovarien vornimmt, und die meist ohne, seltener mit Narcose, in richtiger Weise und in zweifelhaften Fällen wiederholt vorgenommen, dem Geübten meistens sichere Resultate gibt.

Lageveränderungen der Ovarien kommen nach den Literaturangaben vor bei den Ovarialhernien (H. inguinalis, cruralis, labialis, umbilicalis, obturatoria), bei der acuten und chronischen Oophoritis und Perimetritis, bei welchen Senkung verschiedenen Grades, bis in den *Douglas*'schen Raum, und Fixation der Ovarien an den Kanten, an der hinteren, selten an der vorderen Wand des Uterus, den Tuben, im *Douglas*'schen Raum, an verschiedenen Stellen des lig. latum angegeben werden; endlich in Folge Lageveränderungen des Uterus, der Tuben, starker Füllung der Blase, des Rectum, in Folge von Tumoren der Beckenorgane

Conrad hat nun Beobachtungen, welche er ausführlicher mittheilt, gemacht, aus denen hervorgeht, dass es auch Lageveränderungen der Ovarien gibt, die wohl in Folge Erschlaffung ihrer ligamente, welche alle ziemlich viel glatte Muskelfasern

[1]) Erhalten den 14. Januar 1883.



enthalten, entstehen. Er möchte diesen Zustand als excessive Beweglichkeit der Ovarien bezeichnen, ähnlich der excessiven Beweglichkeit des Uterus, die unzweifelhaft vorkommt, obschon die Aufmerksamkeit noch wenig auf sie gelenkt worden ist. Bei diesem Zustande fand er manchmal eines, manchmal beide Ovarien, leicht, oder meist nicht vergrössert, nach verschiedenen Richtungen hin dislocirt, den seitlichen Kanten des Uterus in wechselnder Höhe angelagert, in den *Douglas*'schen Raum herunter getreten, nach auswärts, auch aufwärts gelagert; ihre Stellung liess sich durch mit ihnen vorgenommene Bewegungen leicht ändern, dabei war die Lage des Uterus und der übrigen Beckenorgane normal, Blase und Rectum leer, in den Adnexen keine Spuren bestehender oder abgelaufener Perimetritis nachweisbar; manchmal waren die Ovarien hiebei abnorm schmerzhaft, manchmal nicht. Wiederholte Untersuchungen unter stets gleichen Cautelen und Bedingungen, liessen die Dislocation manchmal als mehrere Tage hindurch bestehend, manchmal von einer Untersuchung zur andern wechselnd erscheinen. Die excessive Beweglichkeit der Ovarien betraf meist Frauen, die geboren hatten, einmal auch eine Virgo; meistens waren die Pat. anämisch, von „schlaffer Faser", schwächlich; meistens waren zahlreiche örtliche Beschwerden, wie Kreuz-, Leistenschmerz, Senkungsgefühle, Ziehen in den Schenkeln, Schmerzanfälle bei und einige Zeit nach dem Stuhlgange, heftige Schmerzen bei und nach dem Coitus (diese letztern Symptome hauptsächlich bei Senkung), dann auch allgemeine Reflex- und Irradiationserscheinungen, wie sie dem Bilde der Nervosität, Hysterie angehören, vorhanden und die sich, wenn man nicht speciell auf dieses Verhalten der Ovarien achtet, aus dem gynæcologischen Befunde nicht erklären lassen.

Die Behandlung dieses Zustandes hat in der Beseitigung entzündlicher Zustände des Ovarium, insofern solche vorhanden sind, nach den gewöhnlichen Regeln der Kunst, ferner in allgemeiner Roborirung (Bäder, Hydrotherapie, Eisen etc.) zu bestehen und führt auch in dieser Weise oft zur Heilung; manchmal verschafft ein weicher Gummiring, eine gut passende Leibbinde, Erleichterung; auch der faradische und galvanische Strom scheint nach einigen Versuchen, welche der Vortragende, ermutbigt durch günstige Erfahrungen mit denselben bei anderen gynæcologischen Leiden, gemacht hat, gute Resultate zu geben; jedenfalls verdient der electrische Strom hier, wie in der Gynæcologie überhaupt, mehr Berücksichtigung als bis dahin und weitere genaue Prüfungen.

Nachdem der Vortragende sich noch über die Theorie der Wirkung des electrischen Stromes, gestützt auf das allerdings noch sehr lückenhafte Wissen der Gegenwart, ausgesprochen hat, gibt er folgendes Verfahren an: Für den faradischen Strom: K. hoch in's Rectum (*Gaiff*'s Electrode), A. oberhalb Symphyse, oder A. über Lendenanschwellung, K. über der Ovarialgegend erst rechts, dann links oder nur einseitig tief in die Bauchdecken eingedrückt. Vermeidung motorischer Puncte der Bauchmuskeln, da Contractionen derselben das Eindringen des Stromes erschweren; schwellende, mittelstarke bis starke Ströme, 2 Mal wöchentlich bis täglich 10—20 Minuten; auch die allgemeine Faradisation ist zu versuchen.

Für den galvanischen Strom: A. hoch in's Rectum, K. (grosse, plattenförmige Electrode) Applicationsstelle wie beim faradischen Strome; oder A. (grosse



Electrode) am Rücken oberhalb der Lendenanschwellung, K. (mittelgrosse Electrode) wie beim faradischen Strome; einige Stromunterbrechungen und Wendungen; oder auch A. labil längs Wirbelsäule; 3 Mal wöchentlich bis täglich 5—10 Minuten, schwache bis mittelstarke Ströme (etwa 5 bis 12 Willi Ampère).

Schliesslich wäre, wenn trotz der angegebenen und consequent fortgesetzten therapeutischen Verfahren die excessive Beweglichkeit der Ovarien unerträgliche Beschwerden verursachen würde, zur Castration zu schreiten, welche in unserer Zeit eine wohlberechtigte Operation ist.

2. berichtet *Conrad* über einen Fall von sehr grossem, 1250 grmm. schwerem, hoch im Uterus inserirten und schwer zugänglichen fibrösen Polypen, der galvanocaustisch in 3 Sitzungen abgetragen wurde und an welchem unter Anderem Folgendes bemerkenswerth war. Bis dahin wurden solch' grosse, harte Tumoren immer mit der Platindrahtschlinge durchgetrennt, welche aus electro- und medicinisch-technischen Gründen, wie sie z. B. in *Bruns*' Galvanochirurgie auseinander gesetzt sind, gewählt wurde; nur zu kleinen, weicheren Geschwülsten, wie sie im Kehlkopf, Rachen, etc. sitzen, wurde feiner Eisendraht in kleiner Schlinge vielfach verwendet; im vorliegenden Falle gelang die Operation mit einer geglühten Eisendrahtschlinge von 1 mm. Dicke und 20 cm. Länge, vollständig, sie liess sich zudem, ihrer grösseren Starrheit und leichten Federung wegen, viel leichter anlegen als die Platindrahtschlinge, die leicht zusammen geschoben wurde und sich knickte; dies ist eine grosse Erleichterung in einem Falle, wo sich, wie im vorliegenden, die Schlinge der räumlichen ungünstigen Verhältnisse wegen so schwer anlegen lässt; auch *Voltolini* rühmt die „Intelligenz" des Eisendrahtes bei seinen Operationen; dann kostet der Eisendraht sozusagen nichts, während man für Platindraht bei einer grösseren Operation leicht 30—40 Fr. auslegen muss; allerdings dauert die Durchbrennung beim Eisendraht länger als beim Platindraht; die Erhitzung der umgebenden Gewebe ist grösser, lässt sich aber durch Eiswasserirrigation leicht aufheben, und hat im vorliegenden Fall durchaus keinen Schaden gestiftet; die Patientin ist übrigens bis auf die in Folge der vorangegangenen Blutungen noch zurückbleibende Anæmie geheilt entlassen worden.

3. demonstrirt *Conrad* 30% Jodoform-, 1% Thymol-, 4% Salicylbenzœbinden aus ganz weicher Gaze, wie er sie als Ersatz für die bisher zu geburtshülflichen und gynæcologischen Zwecken angewandten Tampons aus antiseptischen Watten hat fertigen lassen und schon seit einiger Zeit ausschliesslich gebraucht. Während man die Binde abrollt, stopft man gleichzeitig mit einer Kornzange so viel von ihr, als man für den vorliegenden Fall wünscht, in die Vagina, und schneidet so ab, dass ein Zipfel des Bindenstreifens aus der Vagina heraushängt, an welchem auch die Patientin die ganze Tamponade leicht herausziehen kann, leichter als die sonst gebräuchlichen Tampons an ihren Fäden, die zudem manchmal abreissen; ferner belästigt diese weiche Gaze die Patientin, auch bei starker Tamponade, viel weniger als die leichteren Wattetampons; zudem erspart man sich Zeit und Mühe, die erforderlich ist, um die Wattetampons anzufertigen.

Conrad betont nochmals, wie er schon früher die Anwendung des Jodoform in Form von Suppositorien, Pulvern, Salben dafür empfahl, die ausgezeichnete Wir-



kung, auch der Jodoformgaze (sicherer, genügender Gehalt nöthig) bei eitrigen Vaginalcatarrhen, welche manchmal der Therapie hartnäckig Trotz bieten.

Discussion: Prof. *Pflüger* bemerkt, dass, als er sich früher noch mit Laryngoscopie und Otoscopie beschäftigt, er galvanocaustisch nur mit Eisendraht und mit bestem Erfolg operirt habe.

Dr. *Dick* erklärt sich einverstanden, dass die durch Oophoritis bedingte Volums- und Gewichtszunahme der Eierstöcke zu Lageveränderungen Anlass geben können, dagegen befürchtet er, dass bei der schweren Zugänglichkeit der Ovarien für die Palpation hie und da eine Lageveränderung derselben durch die Untersuchung an und für sich möglich sei und so eine pathologische Dislocation vorgetäuscht werde, wo in Wirklichkeit keine vorhanden sei.

Dr. *Conrad* gibt die Möglichkeit einer solchen Selbsttäuschung im Allgemeinen zu, glaubt aber doch durch vorsichtiges, mit Massagebewegungen verbundenes Eingehen in die Tiefe eine künstliche Lageveränderung vermeiden zu können; übrigens spreche der bei wiederholten Untersuchungen sich gleichbleibende Befund gegen eine Täuschung.

Dr. *Ziegler* will gegenüber der galvanocaustischen Schlinge doch auch die Ecraseurkette nicht unerwähnt lassen; es habe dieselbe bei gleicher Sicherheit der Wirkung den Vorzug weniger umständlich in der Anwendungsweise zu sein.

Dr. *Conrad* erwiedert, dass zur galvanocaustischen Entfernung kleiner Geschwülste, wie etwa im Kehlkopf oder Mittelohr stets Eisendraht gebraucht, für die Entfernung so grosser Tumoren aber nach der Angabe *von Bruns* die Anwendung des Eisendrahtes als unzulässig verworfen werde. Die Befürchtung *von Bruns*, der Eisendraht schmelze ab und oxydire sich, sei aber in diesem Fall nicht eingetreten und glaube er daher auch in Zukunft von der Anwendung des sehr kostspieligen und schwer zu beschaffenden Platindrahtes absehen zu dürfen. Gegenüber der Empfehlung des Ecraseur bemerkt Dr. *Conrad*, es seien dabei schon Inversionen des Uterus zu Stande gekommen, was allerdings vielleicht mehr die Schuld des Operateurs gewesen sei, umständlich sei das Verfahren bei einem gut arbeitenden galvanocaustischen Apparat nicht.

Bezüglich der electrischen Behandlung der Lageveränderungen der Ovarien bezweifeln Prof. *Lichtheim* und Dr. *Dubois* irgend eine erhebliche Wirkung auf den Gesammtcomplex der glatten Muskelfasern des Lig. rotundum und Lig. latum aus theoretischen wie aus klinischen Gründen, wenn auch eine ganz localisirte Contraction wohl denkbar sei. Dr. *Dubois* hat bei zahlreichen Versuchen über die Druckverhältnisse der Harnblase niemals weder auf galvanischen noch faradischen Reiz hin eine Zunahme des Blasendruckes am Manometer constatiren können, ebenso seien die angeblich guten Resultate der faradischen Behandlung bei Darmatonie mehr auf Rechnung der Contraction der Bauchdecken als auf diejenige der Darmmuscularis zu beziehen.

Dr. *Dick* schliesst sich dieser Ansicht an mit Hinweis auf den negativen Erfolg, den man von der faradischen Behandlung in der Geburtshülfe als wehenbeförderndes Mittel beobachtet habe und wo diese Methode längst wieder verlassen worden sei.



Dr. *Conrad* weist dagegen auf klinische Beobachtungen hin, wo am Uterus und an Darmbrüchen durch Faradisation Contractionen des Organes ausgelöst wurden; übrigens sei neben der contractionerregenden Wirkung des faradischen Stromes die kataphorische und katalytische Einwirkung des constanten Stromes auf die Beckenorgane nicht ausser Acht zu lassen.

Prof. *Lichtheim* und Dr. *Dubois* geben zu, dass der anatomische Reiz der eingeführten Electroden im Stande sei, local Contractionen der glatten Muskelfasern hervorzurufen und dass jedenfalls Stromschleifen bis in die Tiefe der Beckenorgane eindringen können.

3. Dr. *Beck:* Demonstration neuerer medicinisch-chirurgischer Instrumente und Apparate. (Vide *Beck*'s illustrirte Monatsschrift für ärztliche Polytechnik 1882—1883.)

Ende der Sitzung 11 Uhr p. m.

Versammlung der medicinischen Gesellschaft des Cantons Freiburg

den 15. Januar 1883 in Freiburg.

Wie ich Ihnen im letzten Sommer berichtet, hatten wir seit längerer Zeit mehr oder weniger ausgebreitete und intensive Epidemien von Scharlach, Masern und nachfolgendem Keuchhusten. Die Berichte der zahlreich erschienenen Aerzte ergaben in Bezug auf diese epidemischen Krankheiten eine wesentliche Besserung; — nur zwei Collegen erwähnten noch einige Fälle von Masern und Keuchhusten, die sie in Landgemeinden beobachtet hatten.

In diesen 4 letzten Monaten hatten wir nach den gleichen Berichten einen sehr günstigen allgemeinen Gesundheitszustand, — trotz der vielfach schlechten und nasskalten Witterung. Derselben entsprechend hatten fast alle Aerzte als häufiges Vorkommen von Krankheiten zu verzeichnen: Entzündungen der Respirationsorgane, Rheumatismus und Mumps. Einige erwähnten Fälle von Dysenterie und Typhus.

Die Herren *Weck* und *Bisig* brachten ihre Vorträge: Ersterer über rhachitische Krankheiten und Letzterer über die Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Dr. *Cuony* beantragte, es solle vom medicinischen Verein an die Sanitätscommission zu Handen des Staatsrathes das Ansuchen gestellt werden, dass in Zukunft keine Hebamme mehr impfen dürfe. Bis anhin war es im Canton oft der Fall, dass Hebammen den officiellen Auftrag hatten, in mehreren Gemeinden die Impfungen vorzunehmen, und Dr. *Cuony* sagt, dass solche Hebammen — damit nicht zufrieden — überall neben oder hinter dem Impfarzt impfen. So kam es denn auch, dass solche Impfhebammen durch Unachtsamkeit schuld an schweren Krankheitszufällen waren. Herr *Cuony* möchte diese Uebelstände durch ein Verbot abschaffen. — Alle Aerzte waren mit ihm einverstanden, — dennoch blieb sein Antrag in Minderheit, in Anbetracht, dass die Impfung so viele und heftige Gegner habe und man den Staatsrath mit einem andern wichtigern Gesuch vorläufig behelligen wolle. — Man sollte meinen, auch diese Frage sei wichtig genug, um nicht mehr länger zu warten. Hat man zwei Gesuche, so sind es eben



deren zwei, anstatt einem. — Obliegenheit eines medicinischen Vereines ist es wohl, ohne Rücksichten für das allgemeine Wohl einzustehen; wenn die betreffenden Behörden den Ansichten und Forderungen des Vereins über herrschende Uebelstände und Gefahren nicht entsprechen, so hat er doch seine Pflicht gethan.

Endlich kam zur Sprache die Verordnung über das Verhalten der Hebammen bei geburtshülflichen Verrichtungen. Es lagen zwei Entwürfe vor: ein längerer von Dr. *Stock* und ein kürzerer von der Commission, welche beauftragt war, eine solche Verordnung zu entwerfen. Letzterer wurde angenommen, derselbe ist ähnlich den Verordnungen, welche in bereits bestehenden Erlassen für die Cantone Bern, Zürich etc. enthalten sind. Wir wollen hoffen, dass er von der competenten Behörde angenommen werde; denn er wird für unser Sanitätswesen ein Fortschritt und von Nutzen sein, obgleich er zu wünschen übrig lässt. . . . . *g.*

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Präsident: Dr. *O. Haab.* Actuar: Dr. *Müller.*

IV. Sitzung den 16. December 1882.[1])

Nach Genehmigung des Protocolles hält Prof. *L. Hermann* einen Vortrag über neuere Untersuchungen zur Mechanik des Brustkastens.

Der Vortragende besprach die Volumverhältnisse der Lungenluft und die neueren Methoden, die sog. Residualluft zu bestimmen. Sodann besprach er die Mechanik des fötalen Thorax und die von *Bernstein* behauptete plötzliche Vergrösserung desselben durch die erste Athmung. Der Vortragende hat gefunden, dass diese nicht existirt, sondern *Bernstein* dadurch getäuscht worden ist, dass er anstatt Leichen nach der Geburt gestorbener Kinder zu untersuchen, die Lungen todtgeborner Kinder gewaltsam mit dem Blasebalg aufgeblasen hat. Die Lunge füllt auch nach der ersten Athmung den Thorax ganz aus, übt nach Oeffnung desselben keinen Druck auf ein vorher eingebundenes Manometer aus und fällt nicht zusammen; Oeffnung des Thorax einer Kinderleiche der ersten Wochen macht keinen Pneumothorax. Die von *Bernstein* bezüglich der Wirkung der ersten Athmung auf die Rippen etc. gemachten Hypothesen fallen somit dahin. Der Vortragende schlägt zur Bezeichnung der pulmonalen Luftvolumina einige neue Benennungen vor und erörtert die Wirkung der Eigenthümlichkeit des kindlichen Thorax, dass derselbe eine integrale Ventilation zeigt, während im späteren Leben die Ventilation nur partial ist, dass ferner die Aspiration des Thorax in der Exspirationsstellung beim Neugebornen fehlt.

In der Diskussion bemerkt Prof. *Cloetta*, dass er bei Sektionen kleiner Kinder nach dem Eröffnen des Thorax niemals ein Collabiren der Lungen gesehen habe. Bei der Untersuchung der Lungen Neugeborner war es ihm immer auffällig, dass trotzdem das Kind eine Zeit lang geathmet hatte, die Ausdehnung der Lunge eine sehr geringe war. Dabei sind die Lungen nicht gleichmässig mit Luft gefüllt, sondern die Luft findet sich in einzelnen Lungenpartien angesammelt, in andern

[1]) Erhalten den 9. Januar 1883.



fehlt sie völlig, zeigt demnach eine inselartige Vertheilung. Prof. *Hermann* fand nach künstlicher Aufblasung fötaler Lungen stets gleichmässige Füllung der letzteren mit Luft und hält es für wahrscheinlich, dass die von College *Cloetta* gefundene ungleiche Luftvertheilung aus einer secundären Absorption der in der Lunge enthaltenen Luft resultirt. Prof. *O. Wyss* macht darauf aufmerksam, dass bei Bronchostenose sowohl wie bei Compression der Lunge z. B. durch pleurale Ergüsse exquisite Atelectasen beobachtet werden, welche offenbar durch Absorption der in den Lungen zurückbleibenden Luft resultiren, und unterstützt die von *Hermann* gegebene Erklärung für die ungleiche Vertheilung der Luft in den Lungen Neugeborner.

Prof. *Horner* demonstrirt zum Schlusse das *Placido*'sche Keratoscop und betont seinen Werth zur Diagnose abnormer Hornhaut-Krümmungen und zur Bestimmung des Astigmatismus der Hornhaut; ferner für die Bestimmung der Centrirung von Gläsern und der Achsenrichtung von Cylinder-Gläsern.

Schluss der Sitzung 9 Uhr.

V. Sitzung, den 6. Januar 1883. [1])

Prof. *Cloetta* hält einen Vortrag, der die Zusammenstellung der hauptsächlichsten Resultate der Arbeiten betreffend das Phenol zum Zweck hat. Er erwähnt zuerst die Thatsache, dass das Phenol ein regelmässiger Bestandtheil des normalen Harns des Menschen ist; die 24stündige Menge schwankt bei gemischter Nahrung zwischen 15 und 30 Milligr., bei vegetabilischer Nahrung steigt der Gehalt um's 6—8fache, doch ist auch diese Menge verschwindend klein gegen die Mengen, welche im Rinder- und Pferdeharn vorkommen *(Staedeler)*. Das Phenol erscheint im Harne als Phenolschwefelsäure und kann erst durch Destillation unter Zusatz von Mineralsäuren freigemacht werden *(Baumann)*. Die Stätte, wo das Phenol im Organismus entsteht, ist der Dünndarm, hier bildet sich unter dem Einfluss der Pancreasverdauung dasselbe, theils aus dem Eiweiss, theils aus den vegetabilischen Nahrungsmitteln, in letzterem Falle auf bis jetzt noch unbekannte Weise. Wenn das Phenol vom Eiweiss stammt, so ist es ein Umsetzungsproduct des Tyrosin, wie directe Versuche bewiesen haben. Blosse Hemmung der Dünndarmbewegung, so auch Fäcalstase bei Pferden vermehrt den Phenolgehalt nicht, dagegen steigert sich derselbe, wenn die Hemmung der Dünndarmbewegung durch innere Incarcerationen veranlasst wird. Organismen, welche keine Dünndarmverdauung haben, wie die Embryonen der Menschen und Säugethiere, liefern auch kein Phenol. Im Meconium ist keines zu finden. Dagegen enthält das Fruchtwasser und der Harn des Neugeborenen etwas Phenol, dieses stammt ohne Zweifel vom mütterlichen Blute her *(Senator)*. Während die Paarung der Benzoësäure und Glycocoll zu Hippursäure fast ausschliesslich sich nur in der Niere vollzieht *(Schmiedeberg)*, so findet der Paarungsvorgang von Phenol und Schwefelsäure in verschiedenen Organen statt.

Werden grössere Mengen von Phenol von aussen her dem Organismus zugeführt, so können mit demselben folgende Vorgänge stattfinden: 1) Ein Theil oxy-

---

[1]) Erhalten 22. I. 1883. Redact.



dirt sich zu Kohlensäure und Wasser; 2) ein anderer Theil paart sich zu Phenolschwefelsäure; 3) ein dritter Theil wandelt sich in die isomere Kressolschwefelsäure um; 4) ein vierter Theil wird zu Hydrochinon, von der Existenz dieses Körpers hängt die dunkle Färbung des Harns ab, indem sich das Hydrochinon weiter in gefärbte Oxydationsproducte umsetzt; und endlich 5) der kleinste Theil erscheint als freies Phenol im Harn. Welcher von diesen Theilen die Intoxicationen hervorruft, ist noch nicht ganz sicher, jedenfalls ist es nicht die Phenolschwefelsäure.

Unter den Arbeiten der letzten Jahre, welche die practische Bedeutung des Phenol zum Gegenstand hatten, erwähnt *Cloetta* in erster Linie die Arbeit von *Prudden*, welcher experimentell und wissenschaftlich begründete, was *Lister* empirisch gefunden hatte, er weist nach, dass sehr d ü n n e Lösungen von Phenol die Flimmerbewegung der Zellen und die Bewegung der weissen Blutkörperchen hemmen und dass dieselben bei einer experimentell hervorgerufenen Entzündung das Auswandern der weissen Blutkörperchen hindern können; wenn aber die Phenollösung entfernt oder durch Kochsalzlösung ersetzt werden kann, so macht der einmal angeregte Entzündungsprocess seine gewöhnlichen Stadien durch. Der Vortragende erwähnt ferner die Arbeiten von *R. Koch* über Asepsis, welcher als Reagens gegenüber den aseptischen Mitteln Seidenfaden mit Milzbrandsporen imprägnirt benützte. *Koch* fand, dass selbst eine 5% Carbollösung erst nach 2 Tagen die Sporen vernichten konnte, während die Bacillen dieser Sporen von einer viel verdünnteren Lösung in ihrer Entwicklung gehemmt werden. *Cloetta* erwähnt die Skala, welche *Koch* über die Wirksamkeit der aseptischen Mittel gegenüber den Milzbrandsporen aufgestellt hat, wobei dieser Forscher zum Schlusse kam, dass Sublimat und Chlorwasser die besten aseptischen Mittel sind, indem beide schon innerhalb eines Tages die Milzbrandsporen vernichten können. Das Carbolöl fand *Koch* ebenso wie *Volkmann* vollkommen wirkungslos gegenüber den Milzbrandsporen.

Cloetta erwähnt noch die Intoxicationen durch Phenol und die Schwierigkeit, eine Dosis toxica aufzustellen, denn wenn die Beobachtung von *Falkson* richtig ist, wonach derselbe nach einer Operation unter Carbolspray, welche 2½ Stunden dauerte, in seinem Harne nach 24 Stunden über 2 grmm. Phenol nachweisen konnte, ohne Nachtheil zu verspüren, während die Maximaldose der Pharmacopœa 0,15 grmm. beträgt, so hat man gar keinen Maassstab für eine Dosis toxica; ebenso erwähnt der Vortragende, dass die Beobachtung von *Kaufmann*, wonach 10% Carbolgaze schon nach 3 Monaten beim Liegenlassen 9% ihres Carbolgehaltes verliert, von verschiedenen Seiten als richtig bestätigt worden ist.

D i s c u s s i o n:

Dr. *Haab* macht darauf aufmerksam, dass nach der Ansicht des Vortr. das in den Nieren ausgeschiedene Hydrochinon giftiger sei wie Hydrochinon unter gewöhnlichen Verhältnissen. Er glaubt aber, dass die Giftigkeit des Phenols zum Theil darauf beruht, dass K r e s s o l dabei ist.

Prof. *Krönlein* fragt Vortr. bezüglich des gegen Carbolvergiftung als Antidot empfohlenen Natr. sulf., was er davon halte.

Prof. *Cloetta*: Hydrochinon ist in der That nach *Baumann & Preuss* ungiftig,



aber einzelne Oxydationsprocesse desselben sind giftig. Von der Anwendung von Glaubersalz bei Carbolvergiftungen liegen keine Publicationen mehr vor, man ist also wohl davon zurückgekommen.

Dr. *Kaufmann:* Bei der Frage der absoluten Giftigkeit des Carbols muss noch die direct äzende Wirkung des Körpers am Orte seiner Einverleibung berücksichtigt werden; nach den Untersuchungen von *Maas* zeichnet sich nämlich der Carbolschorf dadurch aus, dass er enorm resorbirt, vielmehr und rascher als selbst eine frische Wunde.

Prof. *Krönlein* macht dagegen geltend, dass in dem von ihm publicirten Falle, wo der Tod 10 Minuten nach Einverleibung des Carbols eintrat, bei der Section nur eine minimale Veräzung macroscopisch nachgewiesen werden konnte.

Prof. *Cloetta:* Nach einer Arbeit von *Müller* soll das Carbol bei der Vergiftung nicht chemisch, sondern rein örtlich wirken und der Carboltod zu vergleichen sein mit dem Tode nach Verbrennung grösserer Hautpartien.

Schluss der Sitzung 9½ Uhr.

VI. Sitzung, den 20. Januar 1883.[1])

I. Dr. *Kaufmann:* Ueber Aetiologie und Genese der Epi- und Hypospadie.

Im Jahre 1865 lieferte *Rose* einen wichtigen Beitrag zu den bekannten Daten über die Entwicklung der männlichen Harnröhre, indem er an der Hand eines von ihm genauer untersuchten Präparates den Nachweis leistete, dass dem Eicheltheil der Harnröhre eine besondere Entstehungsweise zukommt. Die Eichelharnröhre, die sog. Urethra glandis wird durch eine Einstülpung des Hornblattes gebildet, und wächst demnach von aussen nach innen der Penis-Harnröhre (primären Harnröhre) entgegen. Das Urogenitalrohr erfährt also eine ähnliche Ergänzung durch das äussere Keimblatt wie das Darmrohr und Eichelharnröhre und Anus sind als analoge Bildungen anzusehen. *Klebs* ist bis jetzt der einzige gewesen, welcher diese Auffassungen *Rose*'s theilte, während z. B. *Kölliker* ihrer kaum gedenkt.

Eine Reihe von Anomalien der Harnröhre sprechen unzweideutig für die von *Rose* aufgestellte Ansicht, beweisen aber anderseits, dass in Folge der eigenartigen Bildung der Eichelharnröhre in ganz analoger Weise Communicationsstörungen zwischen den beiden gesondert entstehenden Theilen der Harnröhre resultiren, wie sie am Ende des Darmrohres zwischen Anus und Rectum schon die längste Zeit bekannt sind.

Die beiden wichtigsten Anomalien der männlichen Harnröhre, die Epi- und Hypospadie sind als Folge solcher Communicationsstörungen zwischen Eichel und Penisharnröhre aufzufassen, und entstehen nach Ansicht des Vortr. in Folge Harnstauung bei fehlender oder zeitlich verspäteter Bildung der Eichelharnröhre und Ruptur eines mehr oder weniger grossen Abschnittes der Penisharnröhre. Die abnormen Krümmungen und Torsionen des Penis bei beiden Ano-

[1]) Erhalten 8. Februar 1883.

malien und die Veränderungen des Scrotum bei der Hypospadie sind Folgen der Narbencontraction nach der Berstung der Harnröhre. Der bei der Epispadie gewöhnlich vorhandene Symphysenmangel hat ebenfalls nur eine secundäre Bedeutung und kann nicht, wie dies von *Thiersch* geschehen, zur Erklärung des abnormen Verlaufes der Harnröhre, der übrigens meist nur scheinbar besteht, verantwortlich gemacht werden.

Vortr. illustrirt an zahlreichen Abbildungen die für seine Ansicht und gegen die herkömmliche Theorie der Hemmungsbildungen sprechenden Befunde und verweist im Uebrigen auf eine ausführliche Publication.

An der Discussion betheiligen sich Dr. *Wyder* und *Schulthess*. Ersterer erwähnt die bis jetzt bekannten Thatsachen über die fötale Harnsecretion, letzterer gibt den Befund eines von ihm gesehenen Falles von Eichelhypospadie mit verdoppelter Raphe penis im vordern Theil des letztern.

II. Dr. *v. Corval* (Schöneck): Mittheilung über unblutige Nervendehnung bei Neuralgie.

Unter den zahlreichen veralteten Krankheitsfällen aller Art, welche in der Curanstalt zur Beobachtung gelangen, sind es besonders die Neuralgien, welche uns am meisten Mühe machen. Gelingt es auch nicht selten mit Hülfe der localen oder allgemeinen Wasserbehandlung und des constanten Stromes (vorwiegend An.-Behandlung mit sorgfältigem Ein- und Ausschleichen) Linderung des quälenden Leidens, zuweilen auch definitive Beseitigung desselben zu erzielen, so bleiben doch immer Fälle übrig, bei denen alle aufgewandte Sorgfalt ohne Erfolg bleibt. Gerade in der letzten Saison hatten wir es wiederholt mit derartigen hartnäckigen Formen zu thun und beschlossen endlich, durch die Erfolge des Prof. *Winternitz* veranlasst, die Nervendehnung mittelst forcirter Flexion und Extension zu versuchen. Der Erfolg war so überraschend, dass eine kurze Schilderung der 6 bisher in dieser Weise behandelten Fälle immerhin das Interesse der Practiker erregen dürfte.

1) Ischias seit 11 Jahren. Pat., 56 Jahre alt, Musculatur des r. Beines stark atrophisch, Schmerz oft so heftig, dass Gehen kaum möglich. Derselbe war nach der ersten Dehnung für 2 Tage völlig beseitigt und kehrte dann in leichterem Grade wieder. 5 Mal gedehnt mit jedesmaligem sofortigem Erfolge. Gehen viel besser.

2) Ischias seit vielen Jahren, hinkender Gang, nur etwa ½ Stunde hinter einander möglich. Nach der Dehnung wurde keine Besserung zugegeben, doch konnte Pat. den nächsten Tag einen Weg von 2 Stunden ohne vermehrte Schmerzen zurücklegen.

3) und 4) Tabes inc. Fast unerträgliche Schmerzen. Nach der ersten Dehnung sofort fast vollständig sistirt für 24 Stunden, nachher nur schwach auftretend. Vielleicht hätte gerade in diesen Fällen die blutige Dehnung guten Erfolg gehabt.

5) Cervico-occip. Neuralgie, vor 9 Jahren in Folge von Periostitis der Halswirbel aufgetreten. Alle Curversuche bisher nur mit vorübergehendem Erfolge. Da auch der Plex. brach. betheiligt erscheint, Versuch der Dehnung desselben; Arm nach aussen rotirt, Kopf stark nach der entgegengesetzten Seite,



mässiger Zug an dem Arme bis heftiger Schmerz in dem Plex. brach. oberhalb der Clavicula, wo früher Druck sehr empfindlich. Schmerz sofort völlig verschwunden. Dehnung 8 Mal wiederholt. Heute, nach 5 Monaten, nur noch leise Andeutungen der Neuralgie.

6) Seit 7 Jahren stossweise Contractionen der Muskeln des r. Beines, sobald Pat. im Bett liegt, so dass seither kaum $^1/_2$ Stunde anhaltenden Schlafes. Diagnose unbestimmt, der objective Befund durchaus negativ; keine spastischen Contracturen, keine Steigerung der Sehnenreflexe, keine Abnahme der Kraft; nur leicht nervös erregbar. Nach der ersten Dehnung 10 Stunden anhaltender Schlaf, späterhin nur noch 4—5 Stunden, worauf leichte Zuckungen. Noch 3 Mal gedehnt, ohne jedoch das erste günstige Resultat zu erreichen.

Selbstverständlich wird man aus einer so kleinen Zahl von Beobachtungen keine bestimmten Schlüsse ziehen, man wird nicht feststellen wollen, in welchen Fällen die Nervendehnung etwa Erfolg verspreche, oder gar zu erklären versuchen, wie eine solche oft höchst überraschende Wirkung zu Stande komme. Da die Dehnung jedoch ohne starke Schmerzen auszuführen ist und bei einiger Vorsicht wohl kaum irgend welche Gefahr zu befürchten sein dürfte, so empfehle ich, gestützt auf jene Beobachtungen, dringend, in den geeigneten Fällen von Neuralgie den Versuch zu wiederholen. Ein Radicalmittel gegen Neuralgie werden wir freilich an der Dehnung nie erhalten; es dürfte aber doch sicherlich sehr erwünscht sein, wenn wir in derselben ein weiteres Mittel gegen dieses so hartnäckige und quälende Leiden fänden, mit welchem wir zuweilen dort noch etwas zu erreichen im Stande wären, wo uns alles Andere im Stiche gelassen hat.

Discussion:

Dr. *Kerez* wandte das Verfahren von *Winternitz* in einem Falle mit unmittelbarem Erfolge an, nachdem er vergeblich Electricität und Massage versucht.

Dr. *Haab* empfiehlt das Verfahren ebenfalls sehr.

Herr Dr. med. *Carl von Muralt* wird einstimmig als Mitglied aufgenommen.

Schluss der Sitzung 9$^1/_4$ Uhr.

Referate und Kritiken.

Die motorischen Verrichtungen des menschlichen Magens und ihre Störungen.

Von Dr. *Eugen Poensgen*. Preisschrift, gekrönt von der medicinischen Facultät der Universität Strassburg. 1882. pag. 169. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. *Kussmaul*.

Prof. *Kussmaul* sagt in seinem Vorwort: „Als die Facultät diese Preisfrage stellte, ging sie von der Erwägung aus, dass es eine nützliche Aufgabe wäre, auf einem Gebiete der Medicin, auf dem vielleicht mehr wie auf irgend einem andern Meinungen, Hypothesen und dogmatische Lehrsätze in ungeheurer Zahl und voller Widersprüche wirr durcheinander aufgespeichert liegen, wenigstens historische Einsicht zu gewinnen.“ Aus dem ungeheuren literarischen Material, welches der Verfasser mit enormer Mühe zusammengetragen und kritisch gesichtet hat, können hier wegen Beschränkung des Raumes nur einige wenige Puncte herausgehoben werden.

Die Anschauungen der alten Medicin über den Verdauungsprocess bleiben bis auf *Haller* den Lehren des *Hippocrates* und *Galen* ziemlich treu, welche den Magen als ein Receptaculum für Speise und Trank und die Verdauung als eine Coctio derselben durch die Wärme des Körpers auffassten (man hört jetzt noch hie und da unter dem Volke sagen: „der Magen koche kein gutes Blut“. Ref.). Während die alten Aerzte der Ansicht waren,



dass der Magen sich einfach um seinen Speiseinhalt tonisch zusammenziehe, wurde erst im Anfange des 18. Jahrhunderts durch die Untersuchungen und Experimente von *Wepfer* und *Schwartz* festgestellt, dass der Magen während der Verdauung peristaltische Bewegungen mache, welche nach *Haller* durch den Nervus vagus vermittelt werden sollen.

Erst der neuern Zeit blieb es vorbehalten, den Bau des Magens genauer zu erforschen und sind an demselben drei verschiedene Muskelschichten unterschieden worden, nämlich eine äussere Längsfaser- und eine innere Ringsfaserschichte und an der Cardia noch zwei schiefe schleifenartige Faserzüge, die Fortsetzung der Ringsfasern der Speiseröhre. Ueber die physiologische Wirkungsweise aber dieser verschiedenen Faserschichten sind die widersprechendsten Ansichten aufgestellt worden. Ebenso uneinig ist man noch in den Anschauungen über den Einfluss des Nervensystems auf die activen Bewegungen des Magens. Ziemlich sicher ist nur, dass sowohl Gehirn, Rückenmark und Sympathicus als auch der Vagus und die eigenen Ganglien in der Magenwand auf die Magenbewegungen von Einfluss sind. Wahrscheinlich ist der Vagus der hauptsächlichste, den motorischen Einfluss vermittelnde Nerv; für die gewöhnliche normale peristaltische Bewegung aber scheint die Thätigkeit der in der Magenwand gelegenen Ganglien zu genügen. Ob und wie diese Ganglien ihrerseits vom Vagus oder vom Centralnervensystem beeinflusst werden, darüber ist nichts sicher festgestellt, so dass hier der experimentellen Forschung und klinischen Beobachtung noch ein grosses Arbeitsfeld offen steht.

J. Miculicz hat in neuester Zeit durch die Erfindung des Gastro- und Oesophagoscops der Untersuchung des Magens und seiner Muskelthätigkeit in normalen und pathologischen Verhältnissen neue Bahnen geöffnet (wenn nicht der ungewohnte Reiz des Apparates oder die künstliche Füllung des vorher ausgespühlten Magens mit Wasser oder Luft die gehegten Erwartungen illusorisch machen. Ref.). Nach seinen interessanten Mittheilungen konnte ein sphincterartiger Abschluss zwischen Magen und Speiseröhre nicht wahrgenommen werden, doch können wahrscheinlich die schiefen Fasern an der Cardia einen solchen Verschluss zu Stande bringen. In Bezug auf den Pylorus stimmt man im Allgemeinen darin überein, dass derselbe in der ersten Zeit der Verdauung vollständig abschliesst, dann aber allmälig mit der vorschreitenden Verdauung und zugleich mit der Steigerung der Peristaltik mehr oder weniger vollständig erschlafft, um der chymificirten Nahrung den Durchtritt zu gestatten.

Eine wissenschaftliche Pathologie des Magens konnte nach dem Status der Anatomie und Physiologie erst in der Neuzeit zu Stande kommen. Eine der wichtigsten und folgenschwersten Bewegungsstörungen des Magens ist die Schwäche, Atonie, Lähmung, welche am häufigsten dadurch entsteht, dass die normale und rechtzeitige Entleerung des Mageninhaltes erschwert oder unmöglich gemacht oder dem Magen zu viel Arbeit zugemuthet wird, mehr als er leisten kann; besonders scheint deshalb die vorwiegend vegetabilische Nahrung einen üblen Einfluss zu haben. Aus dem Missverhältniss zwischen der Leistungsfähigkeit der Muskelkräfte des Magens und der Arbeitsanforderungen, die an denselben gestellt werden, entsteht der pathologische Zustand, welchen *Rosenbach* als Insufficienz des Magens bezeichnet hat. Es gibt aber auch eine krankhafte Steigerung der activen Bewegungen des Magens, nämlich die neulich von *Kussmaul* beschriebene sogen. peristaltische Unruhe des Magens und die krampfhafte oder unregelmässige Zusammenziehung desselben, über welche letztere aber noch sehr widersprechende Anschauungen cursiren.

Die Erschlaffung der Cardia, welche zur Parese, ja zur vollständigen Paralyse sich steigern kann, ist die nothwendige Bedingung für das Zustandekommen des habituellen Ructus, des Aufstossens, der Eructationen, steht in causaler Beziehung zur sog. Rumination. Andauernde Erschlaffung des Fundus führt zu Atrophie, Verdünnung der Muscularis und Erweiterung derselben, um so mehr, wenn der Pylorus, der mit Vorliebe hypertrophirt, den peristaltischen Bewegungen bedeutende Widerstände entgegensetzt. Auch der Pylorus kann in einen Zustand der Erschlaffung verfallen, was *Ebstein* als Insufficienz oder Incontinenz des Pförtners bezeichnet hat, in Folge dessen die Nahrung im Anfang der Verdauung nicht festgehalten wird, unverändert oder ungenügend verdaut in das Duodenum übertritt und Diarrhœ verursacht. Die spastische Zusammenziehung des Pylorus kommt ziemlich häufig vor in Folge reizenden Mageninhaltes, entzündlicher Zustände

10



in der Schleimhaut und Muscularis etc. und ist um so intensiver, weil hier die Musculatur am meisten entwickelt oder oft hypertrophisch ist.

Ueber pathologische Reizzustände oder materielle Erkrankungen des den Magen beeinflussenden Nervensystems wissen wir nichts Positives. Als Anhang der sehr gediegenen Abhandlung, deren Lecture mit vollem Recht empfohlen werden darf, wird noch die Rumination beim Menschen historisch-kritisch beleuchtet. *Lœtscher.*

Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für pract. Aerzte und Studirende.

Von Prof. Dr. *Moritz Kaposi* in Wien. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. 1. Hälfte. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1882.

Eine zweite Auflage des schon bei seinem ersten Erscheinen lebhaft begrüssten Handbuches der Dermatologie ist um so willkommener, als der dasselbe Gebiet der Pathologie bearbeitende Band der *Ziemssen*'schen speciellen Pathologie und Therapie über Gebühr lang auf sich warten lässt. Das vorliegende Werk stellt sich grundsätzlich die Aufgabe, das von jeher eine Art von Zwitterstellung im Gebiet der gesammten Medicin einnehmende Feld der Hautkrankheiten in ihrer Beziehung zur allg. Pathologie, also nicht wie sonst oft aus dem Zusammenhang mit derselben herausgerissen, zu behandeln.

Gewinnt es durch diesen Standpunct an wissenschaftlicher und practischer Bedeutung, so ist es eine einfache Consequenz desselben, dass eine Anzahl von Krankheitsgruppen, die gemeiniglich nicht in den Kreis der Hautkrankheiten bezogen wurden, hier unter diesen mitgerechnet und dargestellt sind. Dies ist z. B. der Fall für die sogen. acuten Exantheme. Eigentlich müsste schon mit der Annahme dieser Bezeichnung für die fragliche Gruppe ihre Zugehörigkeit zu den Dermatonosen festgestellt worden sein, und weiterhin ist keineswegs abzusehen, warum der oft mit Fieber auftretende Zoster, der sog. acute Pemphigus und vielleicht noch die eint und andere analoge pathologische Erscheinung in einem ganz andern Gebiet der Pathologie stehen sollten, als jene „acuten Exantheme", wenn auch die Contagiosität eine gewisse Verschiedenheit des Wesens derselben documentirt. Diese und ähnliche Ueberlegungen constatiren eben immer mehr die Unmöglichkeit, die alten Gebietstrennungen nach innern und äussern Krankheiten festzuhalten, obschon es von vornherein hätte einleuchten sollen, dass die Affectionen des an der äussersten Peripherie des Körpers gelegenen Organes nicht logischerweise zu den innern Krankheiten bezogen werden können.

Die ersten sieben Bogen des Bandes umfassen den allgemeinen Theil, 6 Vorlesungen, in welchem wir als besonders instructiv die eingehende Schilderung der Anatomie der Haut bezeichnen, die durch eine grössere Anzahl sehr deutlicher Holzschnitte (und einen Farbendruck) wesentlich fasslicher wird; weniger eingehend sind die Functionen des Organs besprochen. In der vierten Vorlesung kommt die allg. Symptomatologie resp. Terminologie zur Besprechung, während die fünfte der Aetiologie und Diagnostik gewidmet ist, wobei uns der grundsätzlich ausgesprochene Rath auffällt, der Anamnese gar keine Bedeutung beizulegen, sondern rein aus dem objectiven Befunde zu diagnosticiren. Es scheint uns dies etwas weit zu gehen, besonders gegenüber der weiten Ausdehnung des Begriffes „Hautkrankheit", wie sie der Autor auffasst. In der sechsten Vorlesung werden Prognose und die Hauptgrundsätze der Therapie besprochen. In Bezug auf Systematik hat Verf. natürlich seine eigene Eintheilung, die uns im Ganzen sehr wohl einleuchtet; sie lehnt sich an die *Hebra*'sche an, auf die pathologisch-anatomischen und pathologisch-physiologischen Charaktere fussend.

Der specielle Theil, soweit er in diesem ersten Bande zur Behandlung kommt, umfasst nur die 4 ersten Abtheilungen der erwähnten Eintheilung, d. h. die Hyperæmiæ cutaneæ, die Anæmien, die Anomaliæ secretionis cutaneæ et glandularum cutanearum, und endlich die Exsudationes, von diesen die acuten und nur noch theilweise die chronischen. In diese vierte Abtheilung rubricirt *Kaposi* nun eben auch die sog. acuten Exantheme, die sich hier in Gesellschaft von Erysipelas und Zoster sehr wohl neben Combustio und Congelatio einigermaassen ungemüthlich fühlen dürften; natürlich findet sich hier sonst noch eine grössere Zahl von der Herkunft nach sehr verschiedenen, dem anatomischen Verhalten gemäss einander nahestehenden Affectionen der Haut. Nicht ganz logisch scheint uns das Versetzen des acuten Eczems unter die chronischen exsudativen Dermato-



nosen, was selbstverständlich nur deshalb geschieht, um es von dem häufigeren und anatomisch streng mit ihm zusammengehörenden chronischen Eczem nicht trennen zu müssen.

Die Therapie der Hautkrankheiten ist in diesem Handbuche eine recht einfache. Der Autor legt ausgesprochenermaassen wenig Werth auf einen grossen Medicamentenschatz, das Hauptgewicht vielmehr auf die richtige Beurtheilung der einzelnen Symptome der Krankheit nach Stelle und Phase und auf klares Bewusstsein, welche Veränderung in diesen Symptomen örtlich bewirkt werden soll, sowie auf Kenntniss der einzelnen Arzneien und die zweckentsprechende Methode ihrer Anwendung. Demzufolge findet sich für den Practiker an neuen Medicamenten sehr wenig, dagegen zur fruchtbringenden Anwendung der an sich bekannten eine Fülle guter Räthe. Von innern Mitteln wird in vielen Fällen Gebrauch gemacht, wohlverstanden aber niemals in dem obsoleten Sinne der völlig gegenstandslosen Blutreinigung und namentlich nicht ohne gleichzeitige zweckmässige örtliche Behandlung. *Trechsel.*

Das Kriegs-Sanitätswesen und die Privathülfe auf dem Kriegsschauplatz in Bulgarien und im Rücken der operirenden Armee.

Von *N. Pirogow.* 1877—1878. Aus dem Russischen von Dr. *Wilh. Roth*, königl. sächs. Generalarzt I. Cl. und Dr. *Anton Schmid*, kaiserl. russ. Staatsrath.
Leipzig, bei F. C. W. Vogel.

Nicolai Iwanowitsch Pirogow, welcher den 23. November 1881 starb und dessen Name in den Annalen der Medicin, speciell der Chirurgie noch lange genannt werden wird, hat uns in seinem letzten Werke unter obigem Titel eingehende Beobachtungen auf dem bulgarischen Kriegsschauplatze, begleitet von einer Summe kritischer Bemerkungen, überliefert, welche das grösste Interesse bieten für Alle, welche sich um das Militärsanitätswesen, um das Wohl der Krieger kümmern. *P.* hat auf höhern Wunsch seine Beobachtungsreise gemacht und das vorliegende Werk ist der Hauptsache nach ein Rechenschaftsbericht sowohl über die russische Militärsanität und deren Einrichtungen als über die freiwillige Kranken- und Verwundetenpflege. Die mannigfachen Erfahrungen, welche *P.* im Krimkriege zu sammeln Gelegenheit hatte, ebenso die Beobachtung im deutsch-französischen Kriege setzten den Verfasser in den Fall, auf dem bulgarischen Kriegsschauplatze mit grosser Sachkenntniss zu beobachten und scharf zu kritisiren.

Im Vorwort finden wir eine chronologische Aufzählung seiner Beobachtungsreise, im ersten Theile eine Vergleichung des genannten Krieges mit dem Krimkrieg und mit dem deutsch-französischen Kriege von 1870/71, wobei namentlich die Art der Unterbringung der Kranken und Verwundeten Stoff genug zum Vergleich darbot. Die klimatischen und socialen Verhältnisse in Bulgarien übten auf die Art der Kriegführung, weit mehr aber auf Unterbringung, Transport und Pflege der Kranken und Verwundeten so bedeutend ein, dass sich überall und tagtäglich des Interessanten genug bot, um einen bedeutenden Contrast zwischen dem genannten und den Kriegen civilisirter Völker und Länder zu Tage treten zu lassen. Gut organisirte und construirte Kriegsspitäler waren selten, häufiger einfache, primitive Erdhütten, Jurten und Baraken. Während beim deutsch-französischen Kriege der Kriegsschauplatz trotz der colossalen Ausdehnung beständig Länder mit gesundem Klima, mit ausgedehnten Verkehrswegen, mit civilisirter, meist reicher Bevölkerung in Beschlag nahm, so treten im bulgarischen Kriege die gegentheiligen Bedingungen, ungesundes Klima, Mangel einigermaassen brauchbarer Verkehrswege, halbcivilisirte Bevölkerung mit primitiven Wohnstätten und ärmlichen Verhältnissen in den Vordergrund. Kommen dann noch mangelhafte Sanitätseinrichtungen, theilweise fehlerhafte Organisation und Verwaltung des Militärsanitätswesens, Mangel an tüchtigem Personal, unrichtige Verwendung der Privathülfe, Gleichgültigkeit competenter Personen und Corruption der Armeelieferanten hinzu, so ist nicht zu verwundern, wenn alle jene Mängel zu Tage treten mussten, welche *Pirogow* ohne Hehl aufgezeichnet und berichtet hat. Doch auch Tüchtiges, hie und da Musterhaftes wurde unter obgenannten schwierigen Verhältnissen von der Militärsanität geleistet, und *P.* unterlässt es nicht, wo es am Platze ist, dies lobend hervorzuheben. Es ist unmöglich, in einem kurzen Auszuge alle die interessanten Beschreibungen und Details zu erwähnen, von denen *Pirogow*'s Werk strotzt. Militärärzte und Truppenführer finden in demselben eine Fülle von Wissenswerthem.



In einem besondern Capitel beschäftigt sich *P.* einlässlich mit der Privathülfe im Kriege und seine ausgesprochenen Grundsätze dürften bei allen kriegführenden Völkern Beachtung finden. „Die Privathülfe soll schon in Friedenszeiten organisirt und mit dem nöthigen Material versehen werden; beim Beginn eines Krieges soll die sorgfältige Ausarbeitung eines Planes für die Wirksamkeit derselben und immer im Einverständniss mit der Militärsanität vorgenommen werden. Jeder Luxus, jedes Bestreben der Privathülfe, über die Militärsanität hervorzuragen, diese zu überbieten, ungleiche Vertheilung der Liebesgaben, Bevorzugung Einzelner u. s. f. wirken ungünstig auf den Soldaten. Mobilität, rechtzeitiges Erscheinen am Orte, wo Noth ist, soll die Privathülfe auszeichnen; deswegen ist beständiger Contact mit der Militärsanität eine Hauptbedingung. Die Privathülfe soll vorerst die unausweichlichen Lücken in der Militärsanität auszufüllen suchen, nie eine Rivalin, sondern eine Gehülfin der letztern sein, was möglich ist, ohne ihre selbstständige Organisation einzubüssen. An der Spitze der Privathülfe soll auch ein medicinischer Vorstand für das Sanitätspersonal aufgestellt werden."

Im II. Theil des Werkes finden wir *Pirogow* als Militärchirurgen. Im ersten Capitel legt er die Grundprincipien seiner Kriegschirurgie dar, von denen ebenfalls einige hier folgen mögen. „Der Krieg ist eine traumatische Epidemie; Sterblichkeit und Heilerfolge hangen hauptsächlich von der Art der Kriegswaffen ab. Nicht die Medicin, sondern die Administration spielt bei der Militärsanität die Hauptrolle. Conservative Behandlung in ausgedehntem Maasse soll Hauptziel sein; der Anhäufung von Kranken und Verwundeten soll schon beim Beginn des Krieges entgegen gearbeitet werden; Zerstreuung und Einzelunterbringung sind die sichersten Mittel gegen Verbreitung von traumatischen Infectionskrankheiten u. s. f." Die folgenden Capitel handeln von den Kriegsseuchen und enthalten *Pirogow*'s Erfahrung über Septicæmie, Pyæmie, Oedem, Osteomyelitis, Hospitalbrand, Erysipel, Typhus, Ruhr etc. nebst Vergleichungen mit den Vorkommnissen während anderer Kriege der Neuzeit mit trefflicher Verwerthung des statistischen Materials; ebenso *P.*'s Ansichten über die Ursachen dieser Kriegskrankheiten, über den Zusammenhang von Gestaltung und Verlauf der Schussverletzungen von der verschiedenen Art der Projectile. Im Weitern finden wir noch einlässliche Betrachtungen über die Sortirung und den Transport von Verwundeten und Kranken, über die Verwerthung der antiseptischen Wundbehandlung, der Contentivverbände, über die primären Operationen im Felde unter steter Berücksichtigung der vorhandenen Statistik und unter Beigabe von einschlagender Casuistik.

Das Werk, welches nahezu 600 Seiten umfasst, bietet so viel Wissenswerthes, dass es jedem Militärarzte zum Studium empfohlen werden darf.

Die Uebersetzer haben sich ein bedeutendes Verdienst erworben, *Pirogow*'s Werk auch den Nichtrussen zugänglich gemacht zu haben und zwar in einer Schreibweise, welche mehr an die einer selbstständigen Arbeit als einer Uebersetzung erinnert.

Rahm.

Ueber Psoriasis.

Von *Eduard Lang.* Heft Nr. 208 der *Volkmann*'schen Sammlung klinischer Vorträge. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1881. 24 S.

Verfasser bespricht zunächst das Verhältniss der Psoriasis im engern Sinne zur Lepra, die auch von *Hebra* und andern Autoren als zusammengehörig dargestellt werden und betont namentlich den Umstand, dass die Krankheit absolut als reine Hautkrankheit zu betrachten sei. Die parasitäre Natur derselben weist er in lichtvoller Weise — durch Illustrationen erläutert — nach und nennt den fraglichen Hyphomycet „Epidermidophyton". Zu seiner Entwicklung, die sich nach Umständen in sehr verschiedenen Formverhältnissen vollzieht, ist besondere individuelle Disposition anzunehmen, in der hereditäre Einflüsse sich geltend machen. Diesem Umstand kann aber bei der Therapie nicht Rechnung getragen werden, da er seinem Wesen nach unbekannt ist; eine innere Therapie hat darum wenig Aussicht auf Erfolg, während zweckmässige Anwendung mehrerer Droguen, namentlich der Rufigallussäure und des Sublimats, an Rumpf und Extremitäten auch der Chrysophansäure, die aber im Gesicht absolut unbrauchbar ist, da sie die Bindehaut sehr intensiv reizt.

Trechsel.

Sammlung klinischer Vorträge.

Herausgegeben von *Richard Volkmann.* Leipzig, Breitkopf & Härtel.

In seinen „allgemeinen Grundzügen für die chirurgische Behandlung bösartiger Geschwülste" (Nr. 196 der Vorträge) bespricht *H. Lindner*, anknüpfend an einen Fall von diffusem Angiosarcom der l. Gesichtshälfte, allgemein die Prophylaxe, die operative und medicamentöse Behandlung maligner Neubildungen. Ohne gerade wesentlich Neues zu bringen gibt die Arbeit eine umfassende Darstellung des bisher über genannte Puncte Erschienenen.

Zur Behandlung der *Pott*'schen Kyphose mittelst tragbarer Apparate von *F. Beely* (Nr. 199). Als Ersatz der früher von *B.* angegebenen mehrschaligen Gypsverbände werden appretirte Filzcorsets empfohlen. Es wird zuerst ein genaues Gypsmodell abgenommen, der gewöhnliche (Schabracken-) Filz durch Zuschneiden und Naht auf demselben geformt und dann erst mittelst Schellacklösung gehärtet. An diesen Verbänden lassen sich leicht Stahlschienen anbringen, die zur Befestigung gepolsterter Achselriemen (zum Rückwärtsziehen der Schultern) oder eines Kopfhalters (bei Spondylitis cervicalis) dienen. Die mechanischen Verhältnisse sowie die Wirkungsweise der Apparate werden besprochen. Aus beigegebenen Illustrationen ist die Technik der Verbände ersichtlich.

Ueber Darmresection bei gangränösen Hernien von *Karl Jaffé* (Nr. 201). Verf. zählt 16 in der Literatur zerstreute Fälle mit 7 (44%) Heilungen auf. Ein von ihm selbst operirter, glücklich verlaufender Fall wird mitgetheilt. *J.* empfiehlt zur Vereinigung der Darmlumina die *Czerny*'sche doppelreihige als sicherste Darmnaht; als Nähmaterial Catgut. Die Differenz der Darmlumina soll durch Anlegung ovolärer Schnitte ausgeglichen werden. (Ref. fügt der vorgeführten Casuistik noch einen eigenen im Jahre 1879 in Vertretung des Herrn Prof. *Socin* auf der chirurgischen Klinik zu Basel operirten Fall bei: Resection eines 12 cm. langen gangränösen Darmstückes; *Lembert*'s Naht mit Catgut; Tod nach 7 Stunden an der schon vor der Operation bestandenen Peritonitis. — Vgl. *Socin* und *Burckhardt*, Jahresbericht der chirurgischen Abtheilung des Spitals zu Basel 1879.)

Die antiseptische Wundbehandlung mit schwachen Chlorzinklösungen in der Berner Klinik von *Theod. Kocher* (Nr. 203—204). Verf. theilt zuerst seine Erfahrungen über Carbolintoxication mit. Er referirt über 11 schwere Fälle (4 †) und zählt dann die Symptome des acuten Carbolismus auf: Carbolurin (olivengrün bis rauchschwarz); Abnahme der Urinquantität; hartnäckiges Erbrechen (zuweilen mit Durchfall); grosse Unruhe der Kranken; stets zunehmender Collaps. Als Gegenmaassregeln empfiehlt *K.*: Verhütung der Carbolresorption während der Operation durch Schutz der Haut der Pat. mittelst Impermeabeleinhüllung und Anwendung der *Esmarch*'schen Blutleere (letzteres bei Knochenoperationen illusorisch wegen der Resorption vom Knochenmark aus); dann hauptsächlich möglichst seltener Verbandwechsel. Doch gewähren diese Mittel keine grosse Sicherheit. Deshalb sah sich *K.* nach einem minder gefährlichen Ersatz für Carbolsäure und fand einen solchen in dem von *Bardeleben* empfohlenen Chlorzink. Die ungünstigen Resultate, die andere Chirurgen (*Billroth*) mit letzterem erzielten, haben nach *K.* ihre Ursache in der zu starken Concentration der angewandten Lösungen. *K.* fand durch ausgedehnte Versuchsreihen, dass eine 0,2% Chlorzinklösung für Asepsis und eine 1% für Antisepsis genüge. Ein Chlorzinkspray wird seiner ätzenden Wirkung wegen weggelassen; die Wunden werden dafür gehörig irrigirt. Verband: Caoutchoucpapier direct auf die Wunde, darüber Krüllgaze und Compresse aus hydrophilem Stoff, Alles in 0,2% Chlorzinklösung getaucht. Darüber trockenes Caoutchoucpapier, Watte, Fixation mit Musselinbinde. Zur Ligatur und Naht dienen *K.*'s Juniperuscatgut und *Czerny*'s Carbolseide, zur Desinfection der Instrumente Carbollösung, da sie durch Chlorzink Schaden leiden. Zum Schluss wird eine Casuistik von 85 also behandelter Fällen vorgeführt, deren günstiger Verlauf sehr für diese Art der Wundbehandlung spricht.

Die Zerreissungen der männlichen Harnröhre und ihre Behandlung von *Max Oberst* (Nr. 210). Es werden ausschliesslich die von aussen her zu Stande kommenden Verletzungen besprochen. Verf. theilt sie ein: 1) in solche, bei denen die Continuität noch erhalten, und 2) in solche, wo letztere aufgehoben. Bei erstern findet

sich der Riss fast immer in der untern (hintern) Wand, quer gestellt. *O.* räth, hier sofort einen dicken Catheter einzuführen und einige Tage liegen zu lassen, was bei sorgfältiger Einführung und Andrücken des Schnabels an die unverletzte Wand regelmässig gelinge. Ist dies jedoch unmöglich, so soll wie bei den zweitgenannten Verletzungen verfahren werden: möglichst frühzeitige Urethrotomia ext. mit Einlegen eines Verweilcatheters in das centrale Harnröhrenende. Antiseptische Behandlung der offenen Wunde. — Die bezügliche Casuistik ist der hallenser Klinik entnommen.

Die Tuberculose der Knochen und Gelenke und die Fortschritte in der Behandlung dieser Krankheit von *Fr. König* (Nr. 214). Als rationelle Behandlungsweise empfiehlt *K.*: Ausgiebige Eröffnung und Evidement der kalten Abscesse; Aufsuchen des Knochenherdes. Letzterer muss in allen Fällen gründlich entfernt werden, auch wenn hiezu grosse Gelenke eröffnet oder Resectionen vorgenommen werden sollten. Die Wundhöhle wird jodoformirt und Jodoformverband angelegt. Die Resultate sind, wie die mitgetheilten Fälle beweisen, günstig. *Emil Burckhardt.*

Ueber die Aetiologie der Eklampsia puerperalis.

Von *H. Halbertsma*. *Volkmann*'s Sammlung klin. Vorträge Nr. 212. Leipzig, Breitkopf & Härtel.

Frerich's Erklärung der Eklampsie als Uræmie passt nicht immer, da Fälle ohne Nierenerkrankungen beobachtet worden sind. Die Richtigkeit der Annahme von *Rosenstein*, dass die Herzhypertrophie und der erhöhte Druck im Aortensystem Hirnœdem hervorrufen, ist bei gesunden Nieren zweifelhaft.

Wenn *Spiegelberg*'s Hypothese eines Gefässkrampfes der Nierenarterien, ausgelöst durch Uteruscontractionen und Reizung des Gehirns auf gleichem Wege, richtig wäre, so ist nicht einzusehen, warum nicht bei jeder Geburt Eklampsie entsteht. Im Gegensatz zu *Schrœder* hält *Halbertsma* die Nierenerkrankung nicht für entzündlich, sondern sagt, die Eklampsie sei das Hauptsymptom einer Harnverhaltung, die durch Druck und Zerrung der Ureteren durch den graviden Uterus bedingt sei. Darum ist sie häufiger bei Zwillingen wegen der stärkeren Ausdehnung der Gebärmutter, bei alten Primiparen wegen der geringeren Dehnbarkeit der Theile, bei engem Becken, weil da der Ureter leichter zwischen Kopf und Becken gedrückt wird. Das Entstehen und Fortbestehen in den ersten Tagen des Wochenbettes wird dadurch erklärt, dass die Stockung der Urinausscheidung andauert, in der späteren Zeit durch den Druck parametritischer Exsudate. Die oft vorhandene Pyelitis ist auch Stauungserscheinung, das häufige Vorkommen von Krämpfen ist Folge der starken Spannung im Nierenbecken. Ovarialgeschwülste, wenn sie auch die Grösse des Uterus am Ende der Schwangerschaft erreichen, verursachen nicht so leicht Eklampsie, da sie nicht gleichmässig auf beide Harnleiter drücken. Dass unter Umständen kein Eiweiss im Urin gefunden wird, hat darin seinen Grund, dass die Compression der Ureteren plötzlich und vollständig entstehen kann, z. B. bei engem Becken und dass dann nur der vor der Compression in die Blase gelangte Urin untersucht wird.

Gönner.

De la lithotritie rapide.

Par le Dr. *Reliquet*, Lauréat de l'Institut etc. Paris, Adrien Delahaye, 1882. 79 Seiten mit zahlreichen Abbildungen.

Vorbereitende Behandlung, die einzelnen Handgriffe der Operation, Nachbehandlung werden capitelweise besprochen. Die Narcose (comb. mit Chloralhydrat innerlich) wendet Verf. nur da an, wo die Einführung von Instrumenten wegen abnormer Sensibilität des Blasenhalses unthunlich. Zum Theil neu sind und werden von *R.* empfohlen: ein von ihm construirter, complicirter Lagerungsapparat zu beliebiger Schrägstellung des Beckens, sowie ein doppelt gezähnter Lithotriptor, dessen weibliche Branche an ihrer Convexität die männliche Branche etwas vorspringen lässt. Dadurch wird die Ansammlung von Trümmern im Instrument unmöglich gemacht. Steine mittlerer Grösse (2—2$^1/_2$ cm. im Durchmesser) hat Verf. stets in einer Sitzung von höchstens 4 Minuten pulverisirt. Bei grössern brauchte er nie mehr als 5 Sitzungen von je 4 Minuten Dauer. Ueber die Anzahl der Sprengungen wird nichts mitgetheilt. Nur bei fehlender Blasencontraction evacuirt *R.* die Fragmente mittelst *Bigelow*'s oder *Thompson*'s Aspirator; sonst immer durch Ausspülen mittelst *Leroy d'Etiolles*'schem Catheter. *Emil Burckhardt.*



Ueber tuberculöse Erkrankungen der Zunge.

Von Dr. *M. Nedopil.* Wiener Klinik VII. Jahrg., 9. Heft. Urban & Schwarzenberg.

N. unterscheidet zweierlei Formen: Das tuberculöse Geschwür und die Tuberkelbildung in Form eines Tumors; doch kommt es auch bei letzterer später zum Zerfall und zur Geschwürsbildung. *N.* nimmt an, dass der Primärtuberkel (d. h. die Initialform der Tuberculose) an der Zunge vorkomme und dass von hier aus eine Infection anderer Organe stattfinden könne. Daher soll frühzeitig die Excision ausgeführt werden. Bei flächenhaften Geschwüren sind Auskratzungen mit nachfolgender Application des *Paquelin* vorzunehmen. Contraindicirt sind operative Eingriffe bei Kranken, die fiebern oder vor Kurzem Hämoptœ gehabt haben. Hier sind die Geschwüre mit Jodoformäther zu bepinseln. *Emil Burckhardt.*

Cantonale Correspondenzen.

Luzern. Dr. *Schnyder* †. In Luzern starb alt Bezirksarzt Dr. *Schnyder* von Sursee, geboren im Jahre 1800. In Folge von Kurzsichtigkeit, die ihm die Pocken beigebracht hatten, für den Beruf des Vaters, der ein Feilenhauer war, untauglich, fassten seine Eltern den Entschluss, den sehr begabten, lernbegierigen Knaben dem Studium zuzuwenden. Nach Beendigung der Vorstudien in Luzern bezog er die Universitäten Freiburg und später Strassburg, weil zu jener Zeit an derselben keine Collegiengelder bezahlt werden mussten, was für *Schnyder*, der von Haus aus nur ganz unbedeutende Unterstützungen bezog, von grösster Bedeutung war. Es klang in der That interessant zu hören, wenn der greise Mann sich über die Mühseligkeiten seiner Studienjahre aussprach und mancher jetzige Student würde sich in den Haaren kratzen, wenn er auf solch' schwierigem Wege zu dem Borne der Wissenschaft vordringen müsste. Von Strassburg begab er sich noch ein Semester nach Würzburg zu *Schönlein* und *Doutrepont.* Wenige Tage nach gut absolvirtem Examen vermählte er sich. Wenn er auch, wie er sich gerne scherzweise auszudrücken pflegte, eine Frau bevor einen Patienten hatte, so blieben ihm letztere nicht lange aus. In und um Sursee hatte er bald die ausgedehnteste Praxis, und erwies sich in allen Fällen, besonders als Geburtshelfer, als ein Arzt von gründlichen Kenntnissen und grossem practischen Verstande. Während dreissig Jahren war er Bezirksarzt. Aber dessenungeachtet treffen wir ihn eine Zeit lang als Mitglied des Gemeinderathes von Sursee, als Mitglied der Waisenhauscommission und während 14 Jahren als Schulinspector; als solcher hatte er dann nicht nur in Sursee, sondern auch in einer Menge von Dörfern die Examen abzunehmen. Als „Bauherr" leitete *Schnyder* unter Anderm auch die Einrichtung des gegenwärtigen Theaters von Sursee, ein Bau, der ihm puncto Geschmack und Ausführung unbedingt alle Ehre machte. Nach dem Tode seiner Frau im Jahre 1859 gab er seine Praxis auf, meistens in Freiburg bei seinem Sohne, dem spätern eidg. Oberfeldarzte, lebend. Wenn er sich nun auch von der Praxis ferne hielt, so bewahrte er doch bis an sein Ende das grösste Interesse für Alles, was auf medicinischem Gebiete geleistet wurde, und wenn er irgend einem Bekannten einen guten Rath ertheilen konnte, so that er es mit Freuden. Ebenso sehr wie für medicinische, hatte er auch für technische Fortschritte grosses Interesse und die vielen zum Theil ganz gediegenen Arbeiten auf diesem Gebiete bezeugen, dass dem frühern Arzte technisches Geschick und Verständniss nicht abgingen.

In's Lesezimmer pilgerte der 82jährige Mann noch regelmässig alle Tage, trotz des weiten Weges, den er von St. Karli bis zum Theaterfoyer zu machen hatte. In politischer Beziehung hielt er immer entschieden zur liberalen Partei. Er starb den 20. Januar 1883, am Schlagfluss, ruhig und sanft, wie er gelebt und gewirkt hat. Mit ihm ist ein bescheidenes, liebevolles Menschenleben dahingeschieden. Friede seiner Asche!

Obwalden. Dr. *Nikl. Rohrer* †. Den 1. Februar verschied nach langer Krankheit der Senior von uns Obwaldner Aerzten, Dr. *Nik. Rohrer* von Sachseln, im Alter von 64 Jahren. Bis vor wenigen Jahren, wo zunehmende Altersbeschwerden und äussere Verletzungen, die er sich bei seiner beschwerlichen Landpraxis zugezogen hatte, sein Arbeitsfeld beschränkten, war *Rohrer* einer der beschäftigtsten Aerzte Obwaldens und speciell für chirurgische Gebrechen sehr gesucht. Unser Freund *Rohrer* hatte seine Stu-



dien in Zürich und Freiburg i. B. gemacht. Feurigen, lebhaften Temperamentes, für Gutes und Gemeinnütziges stets begeistert, war er allzeit ein liberaler Kämpe für Freiheit und Volkswohl. Schon an der denkwürdigen Landsgemeinde anno 1848 trat er mit Eifer für die neue Verfassung ein, wurde aber bei der damaligen erregten Stimmung des Volkes so recht, wie man sagt, mit Spott und Schande von der Landsgemeinde weggejagt, was zwar nicht verhinderte, dass ihn die gleichen Leute, seine geistige Capacität erkennend, in cantonale und Gemeindsbehörden wählten, in denen er denn auch bis zu seinem Tode fort wirkte. In Gesellschaft, hauptsächlich in Versammlungen von Collegen war *Rohrer* ein heiterer Gesellschafter und ist jedenfalls auch in ausserärztlichen Kreisen, z. B. in der schweizerischen gemeinnützigen Gesellschaft, deren Versammlungen und Feste er, wo es immer anging, fast regelmässig besuchte, noch bei vielen Mitgliedern in angenehmer Erinnerung.

In letzter Zeit war *Rohrer* Präsident unserer ärztlichen cantonalen Gesellschaft. Zunehmende Kränklichkeit des Präsidenten und andere ungünstige Umstände aber brachten es mit sich, dass in den letzten Jahren keine Versammlung mehr stattfand; hoffen wir, dass die inzwischen nachgerückte junge Garde die Sache nicht auf sich beruhen lässt, sondern frisch, frei und fröhlich die Initiative ergreift, um unsere bereits entschlafene ärztliche Gesellschaft zu neuem und frischerem Leben zu erwecken, zum Andenken an den verstorbenen braven Bürger und Arzt *Rohrer*. *C—i.*

Solothurn. Dr. *L. Walker* in Rodersdorf und Dornach †. Am 5. Februar 1883, Morgens 6 Uhr, erlag unser College Dr. *Walker* einer Lungenentzündung im Alter von 73 Jahren. Durch seinen Tod hat ein weiter Kreis unseres Vaterlandes und des benachbarten Elsass einen ausgezeichneten Berather und Helfer in der Noth verloren und es ist wohl gerechtfertigt, hier ein kurzes Lebensbild des Verblichenen zu entwerfen, das uns selbst zur Nacheiferung anspornen möge.

L. Walker wurde im Jahre 1809 in Bettlach bei Solothurn geboren; er besuchte die Primarschule seines Heimathortes, zog hierauf nach Solothurn, um am dortigen Gymnasium die humanistischen Studien zu absolviren, und nachdem er sich zum Studium der Medicin entschlossen hatte, widmete er sich demselben auf den Universitäten Würzburg und Heidelberg mit ausserordentlichem Fleisse. An einer dieser Universitäten promovirte er und vervollkommnete nachher noch sein medicinisches Wissen und Können in Paris, das damals die erste Leuchte unserer Wissenschaft war. Anfangs der dreissiger Jahre kehrte *Walker* nach Solothurn zurück, bestand mit Auszeichnung das Staatsexamen und liess sich im Jahre 1836 in Rodersdorf als Arzt nieder. Hier erwarb er sich rasch eine ausgedehnte Praxis in den benachbarten Ortschaften bis tief in's Elsass hinunter und nach hinten in den Jura.

Während circa 30 Jahren war er auch Klosterarzt von Maria-Stein und Kreisarzt der Amtei Dorneck. Unermüdlich, vom frühen Morgen bis zum späten Abend, oft in der Nacht mit Krankenbesuchen und Dispensiren von Medicamenten beschäftigt, war ihm keine Anstrengung zu gross, kein Gang zu weit, kein Wetter zu schlecht, wenn es galt, seinen Patienten Hülfe zu bringen. Er konnte aber auch Hülfe bringen; denn er war nicht nur ein guter innerer Mediciner, sondern vor Allem auch ein vorzüglicher, unternehmender, von Erfolgen begünstigter Operateur. Es ist für die vorantiseptische Zeit geradezu zum Verwundern, wenn man hört, wie *Walker* mehrere glückliche Strumaexstirpationen ausgeführt hat; und das mit einem kleinen Instrumentenapparat, nur assistirt von der eigenen Gemahlin, die ihm stets helfend zur Seite stand. Die Zahl der gelungenen Herniotomien war bei unserem verstorbenen Collegen sehr gross; wohl aber das Meisterstück war jene Tracheotomie, die er, der Typus eines practischen Landarztes, der ja fast ausnahmslos nur auf sich selbst zählen kann, vollkommen ex tempore, als er wie gewöhnlich seine Besuche machte, bei einem an heftiger Laryngostenose (deren Ursache uns nicht bekannt geworden ist) leidenden Manne ausführte. *Walker* hatte nur sein gewöhnliches chirurgisches Besteck bei sich; er entdeckte aber in dem Hause eine sogenannte Mäusepfeife aus Zinn, aus der er rasch eine Canule herstellte. Die Operation gelang, der Patient wurde geheilt und war nachher viele Jahre lang der getreueste Diener seines Lebensretters. Es erinnert diese ausgezeichnete Eigenschaft des Savoir faire ganz an den alten *Dieffenbach*, der auch einmal in einem Bauernhause in Ermangelung eines Ferrum candens eine eiserne Kohlenkrücke als solches gebrauchte. Noch viele



solche Züge liessen sich aus dem Leben unseres Collegen erzählen; doch möge das Wenige genügen.

Nicht unerwähnt wollen wir dagegen lassen, dass er bis in die letzte Zeit seines Lebens immer die neuesten Errungenschaften der Medicin sich zu eigen zu machen suchte, viele Zeitschriften las, gerne mit jungen Aerzten verkehrte, von diesen sich alles Neue in der Medicin erzählen liess und mit ihnen besprach, hernach aber auch aus dem reichen Schatze seiner Erfahrungen jüngern Collegen gern Alles mittheilte, was ihm im Leben Erfolge verschaffte und seinen Ruf begründete. Im Jahre 1876 siedelte Dr. *Walker* von Rodersdorf nach Dornach über, um hier eine wohlverdiente Musse zu geniessen. Doch auch hier noch half er in Nothfällen immer Leidenden mit seinem reichen Wissen, obschon er selbst vielfach durch Dyspnœ von Seite einer Struma geplagt war. Trotz vielseitiger Beschäftigung als Arzt war unser College ein guter Familienvater, ein wackerer Bürger, der, obschon selbst in ziemlich conservativ-ultramontaner Gegend lebend, stets für die wahrhaft freisinnigen Principien an der Urne und in der Versammlung offen einstand; er war auch ein liebenswürdiger Gesellschafter, an den seine zahlreichen Freunde und Bekannten noch oft zurückdenken und den sie oft vermissen werden.

Dr. *Walker* hat sich in vielfacher Beziehung ein Denkmal, ausdauernder als ein solches von Erz oder Stein gesetzt — es ist die auf vielfache Verdienste gegründete Anerkennung und Liebe seines ganzen Wirkungskreises. Es ist mit ihm ein Mann, integer vitæ scelerisque purus, in die Gruft gestiegen. Mit Schiller rufen wir ihm nach:

„Auch das Schöne muss sterben, das Götter und Menschen entzückte;
Nur das Gemeine steigt klanglos zum Orcus hinab!"

Basel, 19. Februar 1883. *C. V—i.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Krankenpflege.** Die Direction des schweiz. Centralvereins vom rothen Kreuz hat beschlossen, um die häusliche Krankenpflege in den Gemeinden nach Kräften zu unterstützen, einer Behörde, einem Hülfs- oder Frauenverein etc., welcher zur unentgeltlichen Besorgung armer und dürftiger Kranker eine Gemeinde-Krankenpflegerin anstellen wird, an die fixe Jahresbesoldung derselben die Hälfte zu verabfolgen.

Die näheren Bedingungen sollen, den individuellen Verhältnissen der betreffenden Gemeinde angepasst, zwischen dem betreffenden Gemeindevorstand und der unterzeichneten Direction vereinbart werden.

Bewerbungen nimmt der Präsident des schweiz. Centralvereins vom rothen Kreuz, Pfr. *Walther Kempin* in Zürich-Enge, bis zum 15. April a. c. entgegen.

Zürich, 1. Februar 1883. Die Direction.

— **Verdiente Anerkennung.** In neuerer Zeit ist der Präsident der schweizerischen Aerztecommission, unser hochverdienter Dr. *Sonderegger*, ernannt worden zum Ehrenmitglied der medic.-chirurg. Gesellschaft des Cantons Zürich, zum correspondirenden Mitgliede der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau, der physicalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg und der Société de médec. publique et d'hygiène professionelle in Paris.

Wir nehmen hievon gerne Notiz und freuen uns zu sehen, wie unser Sprecher und Repräsentant von in- und ausländischen Fachmännern beurtheilt wird; hoffen wir, dass diese schönen Zeichen der Hochachtung ihn das viele Unangenehme leichter vergessen machen, das ihm im Kampfe um das Epidemiengesetz von unserm Parteigetriebe nicht erspart geblieben ist, und dass sein Entschluss, im Herbste eine Wiederwahl zum Präsidenten auf das bestimmteste abzulehnen, nicht sein letztes Wort in dieser Sache sein möge.

— **Beförderungen** bei den Sanitätstruppen (vom 23. Januar).

Zum Oberstlieutenant: *Friedr. Ris*, Thun, Divisionsarzt der III. Division.

Zu Majoren: *Alfred Zürcher*, Aarau; *Karl Girard*, Bern; *Heinrich Ziegler*, Winterthur.

Zu Hauptleuten: *Peter Hümbelin*, Mellingen; *Ad. Kuhn*, Wald; *Wilhelm Rösli*, Rütti; *Wilh. Matzinger*, Basel; *Georg Glaser*, Münchenbuchsee; *Fritz Steffen*, Morgenthal; *Franz Gan-*



guillet, Burgdorf; *Burkhard Niellisbach*, Muri; *Kaspar Borsinger*, Königsfelden; *Konstant von Monakoff*, Pfäffers; *Fritz Wüthrich*, Laufen; *Georg Mühlebach*, Frick; *Emil Hepting*, Männedorf; *Eduard Staffelbach*, Eschenbach; *Albert Huber*, Wiesendangen; *Alfred Vincent*, Genf; *Robert Cunier*, Ponts; *Jules Turin*, Vevey; *Ch. Saloz*, Genf; *Alfred Kohler*, Lausanne; *Léon Chavannes*, Lausanne; *Arthur Mermod*, Ste. Croix; *Etienne Perroulaz*, Riaz bei Bulle; *Louis Weissenbach*, Romont; *Fritz Marthe*, Neuenburg; *Karl Decker*, Orbe; *Henri Perrier*, Vevey; *Moritz Witzinger*, Kerzers; *August Widmer*, Bussigny; *Anton v. Schulthess*, Fluntern; *Konrad Streiff*, Mollis; *Emil Burckhardt*, Basel; *Heinrich Pestalozzi*, Männedorf; *Ulrich Vetsch*, St. Gallen; *Hermann Dolder*, Stäfa; *Alfred Gilliéron*, Chexbres; *Karl Reichenbach*, St. Gallen; *Franz v. Mandach*, Schaffhausen; *Ernst Böhni*, Stein a. Rh.; *Arnold Marti*, Breitenbach; *Eduard v. Werdt*, Bern; *Karl Odermatt*, Stans; *Othmar Müller*, Schmerikon; *Johann Werder*, Cham; *Kaspar Strebel*, Willisau; *Theodor Wyder*, Oberstrass; *Jakob Hegetschweiler*, Aussersihl; *Wilhelm Odermatt*, Rapperswyl; *Ernst Mähli*, Basel.

— Am **Stiftungsfeste** der Berner Hochschule hat der derzeitige Rector, Prof. Dr. *P. Müller*, zum Gegenstande seiner Rede das Leben und Wirken des Berner Stadtarztes *Wilhelm Fabricius Hildanus* (1560—1634) gewählt und dasselbe von weiten Gesichtspuncten aus geschildert. Die Rede, in „Deutsches Archiv für Geschichte der Medicin und medicinischen Geographie" erschienen, gibt uns in anziehender Schilderung ein Zeitbild und mitten in demselben die hervorragende Gestalt des berühmten Arztes. Derartige biographische Studien sind in unserer Zeit besonders interessant zu lesen.

Bern. Impfen. Der grosse Rath des Cantons Bern hat (zu seiner Ehre) den Impfzwang beibehalten.

Glarus. Auch im Glarnerländchen hat wieder einmal Einer die dem Arzte zugemessene relativ kurze Lebensdauer um ein Langes überschritten. Unsere ärztliche Gesellschaft hatte letzten Samstag das grosse Vergnügen, in zahlreicher Versammlung ein **50jähriges Doctorjubiläum** zu feiern und zwar das Jubiläum eines Mannes, dem wir Alle herzlich zugethan sind, weil er ein durch und durch ehrenhafter College immer war und gerne dabei ist, wo Zwei oder Drei oder auch Viele im Namen der Medicin versammelt sind. Dr. *Joh. Becker* hat Ende der Zwanziger und Anfangs der Dreissiger Jahre in Zürich, Würzburg und Erlangen studirt und trägt sich heute mit dem Gedanken, da es ihm unmöglich war, das Würzburger Jubiläum mitzufeiern, diesen Sommer seinen damaligen deutschen Universitäten einen kurzen Besuch abzustatten. Ob er Wege und Stege noch kennen wird? Unser lieber College war unzufrieden mit der Publication seines Jubiläums im hiesigen Moniteur, d. h. er hätte aus lauter Bescheidenheit lieber gesehen, sie wäre unterblieben.

Auf die persönliche Gratulation durch eine Abordnung der medicinischen Gesellschaft im Hause des Jubilars folgte die Einladung zu einem einfachen Abendessen und dieses selbst, zahlreich besucht und fröhlich genossen. — Die medicinische Facultät der Universität Erlangen sandte auf den Tag ein ehrendes Gratulationsschreiben mit der Meldung, dass nächstens auch das passend erneuerte Doctordiplom folgen werde.

Wir schreiben keinen Necrolog und freuen uns des Lebenden; darum ersparen wir uns, biographische Daten aus seinem langen Wirken zu bringen. Diese kurze Notiz kommt nur zur Oeffentlichkeit, weil wir wissen, dass unserm Dr. *J. Becker* auch weitere Kreise berechtigte Sympathien entgegen bringen. Er hielt immer und hält heute zur Fahne der Wissenschaft und Erfahrung, nicht des Nimbus und des Schwindels; er war und ist ein Arzt nach dem Herzen Gottes, wenn auch vielleicht nicht der neuesten Glarner Medicinal-Ordnung. (Sit venia verbo!)

Mögen uns noch viele Collegen von seinem Schrot und Korn erwachsen, und möge er selber noch lange gesund und froh unter uns weilen! *P—i.*

Tessin. Sanitätspolizei. Ein Tessiner Civilarzt (Italiener), welcher letztes Frühjahr einem Recruten behufs Dienstbefreiung wissentlich ein falsches Gesundheitszeugniss ausgestellt hatte, ist dafür im November vom correctionellen Gericht des Bezirks Locarno verurtheilt worden zu: Fr. 25 Busse, 1 Jahr polizeiliche Ueberwachung durch den Präfecten, und zu den auf Fr. 69. 20 sich belaufenden Kosten.

Ausland.

— **Congresse.** Zwölfter Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Der zwölfte Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet



am 4.—7. April d. J. in Berlin statt. — Zur Begrüssung versammeln die Mitglieder sich am 3. April Abends von 8 Uhr ab im Hôtel du Nord (Unter den Linden 35). — Die wissenschaftlichen Sitzungen werden am 4. April Mittags von 12½—4 Uhr, an den andern Tagen von 2—4 Uhr in der Aula der königlichen Universität, die für Demonstration von Präparaten und Krankenvorstellung bestimmten Morgensitzungen von 10—1 Uhr im königlichen Universitäts-Klinicum und in der königlichen Charité abgehalten. — In den Morgensitzungen vorzustellende, von auswärts kommende Kranke können im königlichen Klinicum (Berlin N., Ziegelstr. Nr. 7—9) Aufnahme finden, Präparate, Bandagen, Instrumente u. s. w. ebendahin gesandt werden. — Für die in Aussicht genommenen operativen Demonstrationen in einer der Nachmittagssitzungen werden die Anmeldungen möglichst bald erbeten, damit das dazu erforderliche Material verfügbar gemacht werden kann. — Ebenso bittet der Unterzeichnete, Anmeldungen zu Vorträgen an ihn gelangen zu lassen. — Eine Ausschusssitzung zur Aufnahme neuer Mitglieder findet am 3. April, Abends 9 Uhr im Hôtel du Nord statt. — Das gemeinschaftliche Mittagsmahl findet am 5. April um 5 Uhr Abends im Hôtel du Nord statt. Für die Theilnehmer wird ein Bogen zur Einzeichnung der Namen am 3. April Abends im Hôtel du Nord und am 4. April Mittags in der Sitzung aufliegen. — Den Congress betreffende Schreiben bitte ich bis zum 15. März nach Wiesbaden, von da ab nach Berlin W., Hôtel du Nord, an mich richten zu wollen. *B. v. Langenbeck*, d. Z. Vorsitzender.

Zweiter Congress für innere Medicin vom 17.—20. April 1883 in Wiesbaden. Am ersten Sitzungstage: Ueber Tuberculose (Einfluss der Entdeckung der Tuberkelbacillen auf die Pathologie, Diagnose und Therapie der Krankheit). Ref.: Herr *Rühle* (Bonn). Corref.: Herr *Lichtheim* (Bern). — Am zweiten Sitzungstage: Ueber Diphtherie (ihre parasitäre Natur, Verhältniss des localen Processes zur allgemeinen Infection, Contagiosität, Therapie [Chirurgie] und Prophylaxe). Ref.: Herr *Gerhardt* (Würzburg). Corref.: Herr *Klebs* (Zürich). — Am dritten Sitzungstage: Ueber die abortive Behandlung der Infectionskrankheiten. Ref.: Herr *Binz* (Bonn). Corref.: Herr *Rossbach* (Jena). — Zu Originalvorträgen sind angemeldet: Herr *Seitz:* Aufgaben der ärztlichen Privathygieine beim Ausbruche epidemisch-contagiöser Krankheiten. Herr *Leube:* Aus dem Gebiete der Magenkrankheiten. Herr *Mosler:* Ueber Lungenchirurgie. Herr *Seiffert* (Würzburg): Ueber ein Entozoon. Das Geschäftscomité des Congresses für innere Medicin.

gez.: *Gerhardt. Leyden. Liebermeister. Seitz.*

Zehnte Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin vom 16.—19. Mai 1883. Tagesordnung: Dienstag, den 15. Mai, 8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung zur Begrüssung im kleinen Saale des Architecten-Vereins-Hauses (Wilhelmsstrasse 92). — Mittwoch, den 16. Mai, 9 Uhr: Erste Sitzung im grossen Saale des Architecten-Vereins-Hauses (Wilhelmsstrasse Nr. 92). I. Ueber die hygieinische Beurtheilung der Beschaffenheit der Trink- und Nutzwasser. Referenten: Reg.-Rath Dr. *Wolffhügel* (Berlin), Dr. *Ferdinand Tiemann* (Berlin). Hierauf Besichtigung der Ausstellung. 6 Uhr: Festessen. — Donnerstag, den 17. Mai, 9 Uhr: Zweite Sitzung im Architecten-Vereins-Haus. II. Ueber die Verwendung der städtischen Unreinigkeiten. Referent: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. *Virchow* (Berlin). Nach Schluss der Sitzung Ausflug nach den Rieselfeldern. — Freitag, den 18. Mai, 9 Uhr: Gemeinsame Besichtigung einiger hygieinisch interessanter Objecte. 1 Uhr: Dritte Sitzung im Architecten-Vereins-Haus. In Gemeinschaft mit dem Verein für Gesundheitstechnik. III. Ueber künstliche Beleuchtung. Referenten: Dr. *Ferdinand Fischer* (Hannover). Prof. Dr. med. und phil. *Hermann Cohn* (Breslau). Ingenieur *Herzberg* (Berlin). 7 Uhr: Theater. Von 8 Uhr an: Gesellige Vereinigung bei Kroll (Königsplatz). — Sonnabend, den 19. Mai. Besichtigung zahlreicher hygieinisch interessanter Objecte nach genauem Programm. Abends: Zusammenkunft im zoologischen Garten. — Sonntag, den 20. Mai. Ausflug nach Potsdam und Umgebung.

— **Neues über Vaccination.** Anknüpfend an das seit 35 Jahren in Thüringen geübte Retrovaccinationsverfahren schilderte an der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Eisenach *L. Pfeiffer* nach einem Referate von *Thomas* (deutsche medic. Wochenschr.) zuerst die Vortheile der Impfmethoden vom Kalb auf Kinder und vom Kind wieder auf das Kalb. Von Interesse war es uns, dabei zu hören, dass die früher in



Weimar geübte Impfung von Kühen fast ganz aufgegeben und dass zur reichlicheren Gewinnung von Lymphe dort auch zu den Kälberimpfungen übergegangen wurde.

Nach des Redners Auseinandersetzungen soll zwischen originärer Cowpoxlymphe und der Retrovaccinelymphe kein Unterschied sich haben nachweisen lassen in Bezug auf die Schutzkraft gegen etwaige spätere Blattererkrankung, und könnten höchstens untergeordnete Differenzen in Bezug auf den Grad der Randröthe, der localen Reizungserscheinungen und den Zeitpunct des Abfallens der Schorfe bestehen. Der Beweis sei noch nicht erbracht, dass ein Abfallen des Cowpoxschorfes am 23. Tage gegenüber dem gewöhnlichen Termin des 17. Tages bei humanisirtem oder Retrovaccinestoff deshalb auch den längeren Schutz bedeute. Im Gegentheil sei für die Impfpraxis von einer jungen originären Cowpoxlymphe abzusehen, da man für eine grosse Mehrzahl nicht sehr kräftiger Kinder auf energische Localerscheinungen verzichten müsse wegen der oft längere Zeit zurückbleibenden Reizbarkeit der Haut. Es sei ein für die Theorie der Impfung sicher hoch anzuschlagendes Experiment, dass Dr. *Voigt* in Hamburg es erreicht habe, sich selbst einen jungen Lymphstamm durch glückliche Variolisirung eines Kalbes zu erziehen — für die Praxis habe diese Reincultur nur höchstens die Bedeutung, in den Provinzialimpfstationen als Ersatz einzutreten, falls daselbst einmal die local fortgepflanzte Vaccine andauernd schlechtes Resultat zeigte. Referent betont, dass durch besonders geschulte Impfinspectoren, wie in England, nach dieser Richtung eine wesentliche Lücke unserer obligatorischen Einrichtungen noch auszufüllen sei.

Die principielle Gleichberechtigung der Retrovaccine mit vielen der zufällig gefundenen originären Cowpoxstämme vorausgesetzt, nimmt Referent weiter eine ganze Reihe von Vortheilen für die Retrovaccine in Anspruch, die jedoch fast ausschliesslich pecuniärer Natur sind. Die Anstalten für animale Impfung mit Beaugencylymphe müssen auch im Winter allwöchentlich 1—2 Kälber zur Lebendigerhaltung des Stoffes impfen, damit nicht zufällig der sehr empfindliche Stoff vollständig ausgeht. Die Retrovaccineanstalten können jederzeit sich der sehr haltbaren Glycerinkinderlymphe bedienen und bedürfen demnach gar keines besonderen Impfstalles und des ständig angestellten Wartepersonals. Kinderlymphe wirkt auf Kälber so prompt, dass Fehlimpfungen kaum vorkommen. Auch Dr. *Voigt* in Hamburg bestätigt dies; er hatte bei seinen Kälberimpfungen bei Abnahme der Lymphe am 4. Tage p. v. 83%, bei Retrovaccine dagegen 100% Erfolg. Referent theilt ferner mit, dass dieses sichere Angehen der Kinderlymphe bei Kälbern dahin geführt hat, die einzelnen Impfstellen nach und nach immer grösser zu machen und dass im Sommer 1882 von ihm nur noch eine ganz methodische Flächenimpfung geübt worden sei — n. b. ohne jedwede Aenderung in der Güte der dadurch auf Kindern gewonnenen Vaccinepusteln. Die auf einer Abbildung demonstrirte Impffläche, rund um das Scrotum oder die Zitzen des Kalbes herum, hat die Gesammtausdehnung einer Hand; sie soll hergestellt werden durch Stichelung mittelst einer Paracentesennadel in 6 mm. Entfernung der einzelnen Impfstiche, oder durch feine Schraffirung der ganzen Fläche mittelst der *Meinhof*'schen Impffeder. Die Lymphe wird auch beim Gebrauche der Paracentesennadel nachträglich noch einmal mit pedantischster Genauigkeit in die gemachten Wunden eingerieben, für je eine Impfung ca. 20—24 Haarröhrchen. Die Abimpfung hat ganz zu der üblichen Zeit am 4. Tage, und falls kein Fieber, keine Diarrhœ und keine Temperatursteigerung (über 39,1° C.) eintreten, noch einmal nach 5 × 24 Stunden stattzufinden.

Das, was Referent über das Impfergebniss nach solcher Flächenimpfung sagt, klingt fast unglaublich und dürfte, falls es sich bestätigt, der allgemeinen animalen Impfung den Weg geebnet haben. Von dem in Abbildung vorgeführten Kalbe, geimpft am 13. August 1882 mit 15 Haarröhrchen Glycerinlymphe aus dem Mai 1882 wurden am 17. Aug. abgenommen: 320 grosse Impfstäbchen und so viel Pockenboden, dass nach dem Trocknen und Pulverisiren desselben nach *Reissner*'scher Manier (s. deutsche med. Wochenschr. 1881, S. 409) 3 je ein Gramm Flüssigkeit fassende Gläschen gefüllt werden konnten. Referent behauptet, von einer ähnlichen Impffläche 1600—2000 der von *Warlomont* in Brüssel gebrauchten kleinen Elfenbeinspatel, also Stoff für ca. 1000 Impfungen gewinnen zu können. Auch über die Gewinnung und Conservirung der animalen Lymphe gibt Referent einige neue und practisch wichtige Gesichtspuncte an. Zur Herstellung von Stäbchen oder der neuerdings von *Hay* in Wien angegebenen, in Mailand schon längst üblichen Impfpaste wird die Impffläche mit Glycerinwasser gleichsam ausgelaugt, ausgewaschen,



indem dasselbe auf dem Pockenboden mit dem *Börner*'schen Impfabnehmeinstrument oder mit Elfenbeinstäbchen so lange gerieben wird, bis es durch Annahme einer gelblichen Färbung hinlänglich mit dem Pockeninhalt gesättigt erscheint. Bis zu 6 grmm. solchen dünnflüssigen Breies lassen sich in ca. $1\frac{1}{2}$ Stunden auswaschen; über die Wirksamkeit dieses Breies führt Referent das Urtheil eines unparteiischen Beobachters, des Herrn Dr. *Becker* in Gotha an, welcher im August gegen 250 Impfungen mit der von solchen Impfflächen entnommenen Lymphe ausgeführt hat.

Dr. *Becker* impfte am 3. August mit 16 Stäbchen 13 kleine Kinder, alle mit Erfolg; am 5. August mit 68 Stäbchen 31 Kinder (alle mit Erfolg) und 23 Schulkinder, 12 Misserfolge; am 12. August mit 152 Stäbchen 75 kleine Kinder mit vollständigem Erfolg. Mit ca. $\frac{1}{4}$ grmm. der Paste am 12. August 53 Schulkinder, dabei 1 Misserfolg; am 10. August mit Pulver 42 Schulkinder, dabei 29 Misserfolge.

Zur Beleuchtung der trotz dieses günstigen Ergebnisses vielleicht auftauchenden theoretischen Bedenken gegen die Flächenimpfung zog Referent die neuesten microscopischen Untersuchungen von *Pohl-Pinkus* über die Wirkungsweise der Vaccination heran und kam zu der Schlussfolgerung, dass die histologischen und pathologischen Veränderungen in dem Rete und der Cutis ein Zusammendrängen der Impfstellen gestatten und dass ein theoretisches Bedenken gegen diese Art der Collectivabimpfung nicht berechtigt sei, im Gegentheil rechtfertige diese Untersuchung das Zweckmässige der hier geschilderten Impf- und Auswaschmethode. Am Schlusse seines Vortrages fasst Referent noch einmal die Vorzüge des Retrovaccinationsverfahrens zusammen, in denen die anerkannt guten Eigenschaften der Technik mit humanisirtem Stoff: Haltbarkeit und constant schöner Impfverlauf, sowie die Vortheile der animalen Lymphe — Sicherung vor Uebertragung der Impfsyphilis und ausgiebige Beschaffungsmöglichkeit — vereint zu erreichen seien. Nachprüfung sei dringend geboten, um die Agitation gegen obligatorische Impfung einzuschränken.

Wir müssen dem Referenten, der als ein Freund der animalen Impfung in dem Lobe seines Verfahrens vielleicht die vorhandenen Schwierigkeiten nicht genug geschätzt hat, dennoch die Gerechtigkeit widerfahren lassen, dass er die Gefahren einer septischen Veränderung eines Impfstoffes nur bei der trockenen Conservirung als *Reissner*'sches Impfpulver glaubt ausschliessen zu können und wünschen mit ihm die Möglichkeit, dieses Verfahren in die Praxis der animalen Impfung einführen zu können.

— **Die Tuberkel-Bacillen.** Prof. *Fräntzel* und Stabsarzt Dr. *Balmer* in Berlin haben in den Monaten Mai, Juni und Juli v. J. bei 120 Schwindsüchtigen den Auswurf auf Tuberkelbacillen untersucht, wobei sie zu äusserst interessanten Resultaten gelangt sind, welche sie in der Berliner klinischen Wochenschrift (Nr. 45) ausführlich mittheilen.

In sämmtlichen 120 Fällen ist ihnen stets der Nachweis von Tuberkelbacillen im Auswurf gelungen und vergleichende Untersuchungen des Auswurfes nicht schwindsüchtiger Lungenkranker berechtigen sie zu der Behauptung: „wo Tuberkelbacillen im Auswurf gefunden werden, da besteht Lungentuberculose, und wo im Auswurf von Lungenkranken keine derartigen Bacillen nachzuweisen sind, da besteht auch keine Lungentuberculose."

Das Hauptziel ihrer Untersuchungen war darauf gerichtet, festzustellen, wie sich die Bacillen in den verschiedenen Stadien der Krankheit verhielten. Zu diesem Zwecke haben sie von allen Kranken aus den verschiedenen Zeiten ihres Krankseins Präparate gesammelt und diese bis zum Schluss einer jeden einzelnen Beobachtung aufgehoben, um in jedem Augenblick vergleichende Untersuchungen anstellen zu können. Bei den tödtlich verlaufenen Fällen wurde regelmässig die Section vorgenommen, um einestheils ein Urtheil über die Grösse der Zerstörungen im Verhältniss zu der Art des Auftretens der Bacillen im Sputum während des Lebens zu gewinnen, andererseits sich zu überzeugen, wie reichlich im Lungengewebe selbst die Bacillen anzutreffen sind, und um endlich immer von Neuem den diagnostischen Werth dieser Untersuchungen auf Tuberkelbacillen im Auswurf überhaupt und die Genauigkeit der ihrigen zu prüfen. Deswegen waren auch die Sectionen derjenigen Fälle, wo ihre Befunde negativ waren, von besonderem Werthe. Gerade sie bestätigen die obigen Behauptungen mit absoluter Sicherheit.

Die gewonnenen Untersuchungsresultate fassen sie in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Prognose eines Falles von Lungentuberculose lässt sich mit Sicherheit aus

der Anzahl und dem Entwicklungsgrade der im Auswurf gefundenen Tuberkelbacillen stellen. Alle Fälle mit reichlichen, gut entwickelten Tuberkelbacillen im Auswurf geben eine schlechte Prognose. Dieselbe bessert sich proportional der Abnahme der Bacillenmenge. Bei allen floride verlaufenden Fällen fanden sich die Tuberkelbacillen in ungeheurer Menge im Auswurf.

2) Die Menge der Tuberkelbacillen ist während des Verlaufes der Lungentuberculose keine constante; sie ist mit der Zunahme des Zerstörungsprocesses in den Lungen grösser und erreicht sub finem vitæ ihr Maximum.

3) Die Vertheilung der Tuberkelbacillen ist nicht bei allen Patienten eine gleiche; bald sind sie gleichmässig verstreut, bald treten sie nur gruppenweise auf.

4) Ihr Entwicklungsgrad ist ein sehr verschiedener; in manchen Fällen erscheinen sie klein, kümmerlich und nicht durchgängig Sporen tragend. In diesen Fällen ist ihre Zahl immer spärlich.

5) Solche Bacillen finden sich bei Tuberculösen, bei welchen der Krankheitsprocess sehr langsam fortschreitet oder ganz stillsteht, so namentlich in alten, abgeschlossenen Cavernen bei sonst intactem Lungengewebe.

6) In allen schnell verlaufenden Fällen von Lungentuberculose, bei denen auch intensivere Krankheitserscheinungen, wie z. B. Fieber, Nachtschweisse etc. bestanden, waren die Tuberkelbacillen wesentlich grösser, die Sporenbildung an denselben deutlicher und ausnahmslos wahrnehmbar.

7) Ueberhaupt verliefen alle Fälle, wo viel Bacillen vorhanden waren, mit Fieber (Infectionsfieber): fehlte das Fieber, so waren die Tuberkelbacillen sehr spärlich und schlecht entwickelt.

8) Sehr auffallend war der Unterschied zwischen der Quantität der Tuberkelbacillen im Auswurf aus frischen Höhlen in den Lungen und der in der Cavernenwand selbst vorhandenen. Wenn in ersteren ungeheure Mengen nachzuweisen waren, traten sie in der letzteren nur spärlich auf.

9) Das Sputum scheint daher ein günstigerer Nährboden für die Tuberkelbacillen zu sein, als das noch lebende Lungengewebe.

10) Der Zufuhr von Sauerstoff zu den Höhlen in den Lungen darf man es nicht zuschreiben, dass sich hier die Tuberkelbacillen besonders reichlich entwickeln; denn wir fanden dieselben in ebenso reichlichen Mengen in dem eitrigen Exsudat des abgeschlossenen Kniegelenkes bei tuberculöser Gelenksentzündung.

Der Nachweis von Tuberkelbacillen gelang uns aber nicht nur im Auswurf und in den Wänden der Lungencavernen, sondern auch im Gewebe und im Geschwürsecret bei tuberculösen Lungengeschwüren, in der Wand von Darmgeschwüren, im Eiter einer tuberculösen Kniegelenksentzündung. Es wird daher das Auffinden der Tuberkelbacillen nicht nur zur differentiellen Diagnose bei Lungenkrankheiten, sondern auch bei Geschwülsten, Gelenksentzündungen etc. von wesentlicher Bedeutung sein.

(Oesterr. ärztl. Vereins-Zeitung.)

Deutschland. Die **Arzneimittel** der Pharmacopœa germanica, editio altera, hat Dr. *J. Grosser* für die ärztliche Praxis übersichtlich, alphabetisch geordnet, zusammengestellt (Berlin, Eug. Grosse, 60 Pfennige, 29 S. in Duodez). Auf diese Weise wird die 372 Seiten lange lateinische Pharmacopoe erst recht für den Arzt geniessbar, und das war um so nothwendiger, da sie das Product langer Arbeit einer grossen Commission ist, welcher die Aufgabe zufiel, das weitschichtige pharmaceutische Material, die Materia medica, zu sichten und ganz wesentlich zu reduciren. Das kleine Büchlein (mit Maximaldosen, Löslichkeit, Composition und Synonymen) ist j e d e m Arzt zu empfehlen.

Sollte das eidg. Departement des Innern nicht geneigt sein, in ähnlicher Weise auch die Pharmacopœa helvetica neu zu ediren?

Im gleichen Verlage und vom nämlichen Autor erschien „Therapeutische Notizen der deutschen Medicinal-Zeitung", 1880—1882, 80 Pfennige, 56 S. Duodez. Ebenfalls alphabetisch geordnet, ist das Heftchen um so brauchbarer, als auch die Krankheitsnamen mit der Therapie eingereiht sind (also z. B. Ergotin, Ernährung, Ernährungsklystiere, Erysipel, Eucalyptus etc.). Das Heftchen war uns sehr willkommen.

— **Trichinengefahr durch amerikanisches Schweinefleisch.** Der deutsche Bundesrath hat soeben eine kaiserliche Verordnung angenommen, betreffend das Verbot

der Einfuhr von Schweinen und Schweinefleisch amerikanischen Ursprungs, nach welchem 1. die Einfuhr von Schweinen und Schweinefleisch einschliesslich der Speckseiten sowie von Würsten aller Art bis auf Weiteres verboten werden soll; 2. der Reichskanzler ermächtigt wird, Ausnahmen vom Verbot unter Anwendung der erforderlichen Controlmaassregeln zu gestatten; 3. die Verordnung vom 25. Juni 1880, betreffend das Verbot der Einfuhr von Schweinefleisch und Würsten aus Amerika aufgehoben wird. Die Verordnung wird (nach der „deutschen Medic.-Zeitung") damit motivirt, dass die Verordnung des Jahres 1880, welche die Einfuhr von Schweinefleisch und Würsten aus Amerika verbot, sich als ungenügender Schutz gegen die Einfuhr von trichinösem Fleisch erwiesen habe, die microscopische Fleischbeschau in den Einfuhrhäfen ungenügend sei, was daraus hervorgehe, dass bei der späteren abermaligen Beschau im Binnenlande viele Thiere als trichinös befunden worden, welche im Einfuhrhafen als trichinenfrei passirten; ebenso ungenügend sei die thierärztliche Controlle in Amerika selbst. Die Trichinose tritt bei den amerikanischen Schweinen überhaupt stärker auf als in Deutschland; während hier selbst in dem ungünstigen Jahre 1880 nur 0,068% der untersuchten Schweine trichinös war, kommt auf 100 amerikanische bereits 4,68—16% trichinöser Schweine.

Wie nothwendig diese Schutzmaassregeln sind, geht zudem aus den Verhandlungen der „Académie des Sciences" in Paris hervor. Bekanntlich war die Frage, ob die Trichinen durch Einsalzen des Fleisches zu Grunde gingen, bisher theils bejahend, theils verneinend beantwortet worden. Dem gegenüber constatirte *Fourmant*, dass seine eben abgeschlossenen exacten Versuche ein entschiedenes „Nein" ergäben. Er hatte u. A. ein Stück trichinöses Fleisch 15 Monate im Salze liegen lassen und es dann an Mäuse verfüttert, welche nach dem Genusse von der Trichinose im stärksten Maasse befallen wurden.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. Februar 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Morbillen sind 2 Fälle vom Südostplateau angezeigt ohne bekannten Ursprung.

Varicellen 7 Anzeigen (30, 15, 9).

Scharlach 21 Erkrankungen (30, 29, 21), wovon 11 in Kleinbasel.

Typhus 14 Erkrankungen (15, 5, 3), wovon 5 in Kleinbasel.

Diphtherie und Croup 18 Fälle (12, 15, 13), zerstreut über alle Districte.

Erysipelas 11 Fälle (8, 9, 6), meist in Grossbasel.

Pertussis 10 Anzeigen (11, 7, 12).

Puerperalfieber 1 Erkrankung in Kleinbasel.

Von Icterus sind 4 weitere Anzeigen eingegangen, sämmtlich Erwachsene betreffend (6, 7, 1, 2).

Bibliographisches.

34) *Gerber*, Dr. *Nicl.*, Die natürliche Präservation der Kuhmilch und die Milchverproviantirung der Zukunft und deren Werth für die Hygieine und Nationalöconomie. New-York. 8°. 16 S.

35) *Ladame*, Dr. *P.*, L'institution de la Police des mœurs au point de vue de l'hygiène. Discours. 8°. 16 S. Neuchâtel.

36) *Vogt*, Prof. *P.*, Moderne Orthopädik. 8°. 165 S. 19 Tafeln. 2. Aufl. Stuttgart, Ferd. Enke.

37) *Latschenberger*, Dr. *J.*, Kurze Anleitung zur qualitativen chemische Mineralanalyse. Für Mediciner. 8°. 99 Seiten. Preis Fr. 2. 70. Freiburg und Tübingen, J. C. B. Mohr.

38) *Bulletin* de la Société des sciences médicales du Grand-duché de Luxembourg 1882. 8°. 154 S.

39) *Kleinmann*, *Fr.*, Recepttaschenbuch für Zahnärzte. 2. Aufl. 8°. 388 Seiten. gebd. Leipzig, Arthur Felix.



Briefkasten.

Verschiedene Anfragen beantwortend theilen wir auf diesem Wege mit, dass die in der letzten Nummer besprochene Brochure: „Die Kehrseite der allgemeinen obligatorischen Krankenversicherung“ zum Preise von 70 Cts. durch die Georg-sche Buchhandlung in Basel bezogen werden kann.

Herrn Dr. *Cattani* in Engelberg: Besten Dank für die Photographie des † Collegen Dr. *Nikl. Rohrer* für's Vereinsalbum. — Herrn Dr. *G.*: Besten Dank für die Photographie von Herrn Dr. *Genhard* † für das Photographie-Album des ärztl. Centralvereins. — Herrn Dr. *Zürcher*, Aarau: Wir wollen die Schwindler laufen lassen. Ein anständiger Arzt tappt doch nicht hinein, und schliesslich wird auch dieser thönerne Krug nicht allzu lang zum Brunnen gehen. Freundl. Gruss. — Herrn Apoth. *C. W. Stein*, St. Gallen: Sie hätten nur ein grösseres Stück reclamiren sollen und es sofort erhalten. Ueber Alles folgt ein eingehendes Referat. Trichinose ist wiederholt beim Menschen in der Schweiz constatirt worden (vide Corr.-Bl.) und auch beim Schwein (Tessin). Mit freundl. Gruss.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 6. XIII. Jahrg. 1883. 15. März.

Original-Arbeiten.

Eine Herpesepidemie im Basler Bürgerspitale.

Von Dr. **Franz Zimmerlin,** Assistenzarzt der medic. Klinik Basel.

Obwohl Herpesproruptionen im Gesicht (als sog. Herpes facialis s. labialis) bekanntlich durchaus nicht zu den Seltenheiten gehören, so verlautet doch in der medicinischen Literatur meines Wissens nichts von epidemischem Auftreten dieser Hautaffection. Es ist hiebei freilich abzusehen von der Thatsache, dass Herpes häufiger Begleiter einiger epidemisch vorkommender Krankheiten (Pneumonie, Intermittens, Meningitis cerebrospinalis) ist, und es liegt dem entsprechend naturgemäss gewiss öfter die Möglichkeit eines cumulirten Auftretens von Herpes vor, — dann nämlich, wenn gerade eine Epidemie der gedachten Krankheiten an einem Orte herrscht, und damit die Zahl der zu Herpes Prädisponirten eine mehr oder minder ansehnliche Zunahme erfährt. Sieht man indessen von solchen Vorkommnissen ab, so liegt im Uebrigen gemäss der Literatur des Herpes kein Grund vor, den letzteren für eine gewöhnlich epidemisch vorkommende Krankheit zu halten.

Um so auffälliger war mir deshalb eine wirkliche Herpesepidemie, welche ich jüngst im Basler Bürgerspitale zu beobachten Gelegenheit hatte, und die sich auf den Zeitraum von Ende November 1882 bis Ende Januar 1883 ausdehnte.

Die Cumulation der Herpesfälle begann ziemlich plötzlich, nachdem in den Wochen und Monaten vorher Herpes meines Wissens nur vereinzelt bei unsern Spitaleinsassen und fast nur bei Pneumonikern vorgekommen war. Dagegen wurden nun während des Zeitraums der fraglichen Spitalepidemie freilich auch die inzwischen vorgekommenen und aufgenommenen Fälle von croupöser Pneumonie ausnahmslos zugleich auch von Herpes befallen; aber es erkrankte ausserdem noch eine bei weitem grössere Anzahl theils gesunder, theils anderweitig erkrankter Individuen der verschiedenen Abtheilungen des Spitales an der nämlichen Haut-

11



affection. Nur von diesen letztern Fällen soll in Folgendem die Rede sein, und ich lasse zunächst, bevor ich auf Weiteres eingehe, der bessern Orientirung halber eine kurze Uebersicht meines Beobachtungsmateriales folgen.

Casuistik.

20. November 1882. Herpes (1)[1]) an der l. Oberlippe bei einem Assistenten der chirurgischen Klinik. Vorher einige Tage Unwohlsein. Körpertemperatur leicht febril. Pat. stand zu Anfang eines Typh. abd., den er seither im Spitale durchmachte. Während der Krankheit selbst keine Wiederholung des Herpes, auch nicht während der Reconvalescenz. Nach 2½wöchentlichem Aufenthalt des Reconvalescenten in dessen Heimath Rückkehr des völlig Genesenen in's Spital am 18. Januar 1883 behufs Wiederaufnahme seiner Assistentenfunctionen. Am 20. Januar 1883 zum zweiten Male Herpes, (2) diesmal an der r. Oberlippe; im Uebrigen vollständiges Wohlbefinden.

22. November. Herp. lab. (3) bei einer Diphtheritis-Reconvalescentin.

Herp. lab. (4) bei einer Diaconissin. Gleichzeitig Schnupfen.

Herp. lab. (Recidiv) bei derselben (5) am 25. December. Wiederum gleichzeitig Schnupfen.

24. November. Herp. lab. (6) bei einer Diaconissin. Vorangehend leichtes Frösteln.

Fast gleichzeitig Herp. lab. (7) bei einer andern Diaconissin, ohne Vorboten. Beide sonst vollständig gesund.

3. December. Herp. lab. (8) bei einer sonst vollständig gesunden, aber zu Anginen und Schnupfen disponirten Diaconissin. Vorhergehend leichtes Frösteln.

I. Herpes-Recidiv (9) bei derselben am 17. December. Herpeseruption an der Lippe, einige Herpesbläschen auf der r. Tonsille, leichte Schmerzen im Hals, sonst keine Störung. Nach Heilung des Herpes Angina. Wegen Hypertrophie der Tonsillen Tonsillotomie.

II. Herpes-Recidiv (10) bei derselben am 20. Januar 1883. Herp. lab. Vor der Eruption leichtes Frösteln, sonst keinerlei Störung.

5. December. Herp. lab. (11) bei einer Kranken mit Diphtheritis fauc. levis.

7. December. Herp. lab. (12) bei einer Pat. mit Schädelfractur und gangränösen Herden der Lungen.

Herp. lab. (13) an der äussern Haut der Oberlippe bei einer Pat. mit Anæmie und Hemikranie. Kein vorhergehendes Frösteln. Temp. 37,4—37,7. Schmerzen in einem cariösen Zahn, sonst keine Störung.

14. December. Herp. lab. (14) bei einer Phthisikerin.

18. December. Herp. lab. (15) bei einer Pat. der gynæcologischen Abtheilung. Bei derselben am 13. November Ovariotomie. In der Folgezeit leicht erhöhte Temperatur. Herpeseruption ohne Einfluss auf die Temperatur. Pulsfrequenz zeigt vorübergehende Vermehrung von 88 auf 108. Sonst keinerlei Störung.

20. December. Herp. lab. (16) an Lippenroth und angrenzender Haut der Unterlippe bei einem Assistenzarzte. Vorher und nachher leichter Schnupfen. Eruption ohne vorhergehendes Frösteln.

21. December. Herp. lab. (17) bei einem Pat. mit Senkungsabscess der Wirbelsäule.

25. December. Herp. lab. (18) bei einer Pat. mit Magencatarrh, Retentio urinæ. Temp. leicht febril. Gleichzeitig Schwellung der r. Wange.

Herp. progenitalis (19) bei einem Spitalangestellten, der zwei Tage vorher seine Functionen im Hause übernommen hatte. Mehrere Bläschengruppen auf der Innenseite des præputium. Ungefähr an der gleichen Stelle früher schon einmal Herpes.

Herp. lab. (20) bei einem Assistenten der medic. Abtheilung ohne weitere Störung.

27. December. Herp. lab. (21) bei einer Wärterin des Pfrundhauses. Leichte Fieberbewegungen, Nasenrachencatarrh, Kopfweh.

28. December. Herp. lab. (22) bei einer Kranken mit leichter Rachendiphtheritis.

6. Januar 1883. Herp. lab. (23) bei einer Pat. mit Angina. Gleichzeitig Eruption von 2 Bläschengruppen am weichen Gaumen.

8. Januar. Herp. lab. (24) bei einer Pat. mit Eczem der Vorderarme.

[1]) Die eingeklammerten arabischen Ziffern bedeuten die fortlaufende Nummer der Herpesfälle unserer Epidemie.



10. Januar. Herp. lab. (25) bei einer Wöchnerin.

Herpes (26) an der Nasenspitze einer Wärterin der geburtshülflichen Abtheilung.

12. Januar. Herp. lab. (27) bei einer Hysterischen.

16. Januar. Herpes (28) an Oberlippe und Nasenflügeln einer Pat. mit Fieber und Milzvergrösserung. (Typh. abortiv.; seither länger dauerndes Typhus-Recidiv.)

20. Januar. Herp. lab. (29), r. Oberlippe, bei einem Assistenten der medic. Klinik. Kein Schnupfen; kein Frösteln. Eruption ohne jeglichen Vorboten aufgetreten unmittelbar nach Untersuchung eines stark schwitzenden Pat. mit Rheumatismus acut.

23. Januar. Herp. lab. (30) bei einer Diaconissin. Leichter Schnupfen, kein Frösteln.

Von den 30 Eruptionen, die ich zu Gesichte bekommen, fällt fast genau die Hälfte (16) auf Aerzte und Wartpersonal, die übrigen auf Reconvalescenten und Kranke.

Bemerkenswerth, was die letztere Categorie betrifft, ist nun vor Allem, dass alle ohne Ausnahme Kranke und Reconvalescenten waren, die in ein und demselben Flügel des Spitales ihre gemeinsame Unterkunft hatten. Besagter Flügel beherbergt in seinem obern Stock die medic. Weiberabtheilung, in seinem untern die chirurg. Weiberabtheilung und die geburtshülflich-gynæcologische Abtheilung. Von diesen sämmtlichen Abtheilungen finden sich in obiger Zusammenstellung Fälle von Herpes vertreten, während höchst auffälliger Weise in dem anstossenden Spitalflügel, welcher die Männerabtheilungen der medicinischen und chirurgischen Klinik enthält, keine Herpesproruptionen unter den Patienten und Reconvalescenten vorkamen.

Was ferner die erste Categorie anbelangt (Aerzte, Diaconissinnen und Wartpersonal), so hielten sich die betreffenden Personen zum grösseren Theil ebenfalls ständig in dem von der Epidemie ergriffenen Spitalflügel auf, zum kleineren Theil verweilten sie wenigstens aus dienstlichen und socialen Gründen zeitweilig länger in demselben Es gehören nämlich in diese Categorie zunächst 5 Diaconissinnen der medic. Weiberabtheilung und eine Wärterin der geburtshülflichen Abtheilung, welche sämmtlich fast ununterbrochen im Bereiche ihrer Abtheilungen sich aufhielten, namentlich auch innerhalb derselben ihre Schlafstätten hatten. Die übrigen Fälle betreffen eine Diaconissin der medic. Männerabtheilung, sowie ärztliches Personal. Auch sie haben sämmtlich, wie schon angedeutet, täglich längere Zeit auf dem heimgesuchten Flügel des Spitals sich aufgehalten, beziehungsweise, was den einen der Aerzte anbetrifft, sogar in demselben gewohnt. Eine Wärterin des Pfrundhauses, welche ebenfalls einen Herpes bekam, hat in jenen Tagen mehrmals die besagten Abtheilungen des Spitals besucht.

Hiernach hat es also den Anschein, als sei unsere Herpesepidemie nicht einmal eine Epidemie unseres Spitales in toto gewesen, sondern als habe sie sich eigentlich nur auf den noch engern Raum eines einzigen Spitalflügels beschränkt.

Bemerkenswerth ist ferner, dass innerhalb des Zeitraumes der Epidemie sich für einzelne Wochen, hauptsächlich auch für einzelne Tage eine Cumulation der Fälle deutlich zeigt.

Bei 3 Personen hat der Herpes fac. während der Epidemie recidivirt. Darunter finden sich 2 Diaconissinnen, die eine mit einem, die andere mit 2 Recidiven; sie zeigen beide ausgesprochene Disposition zu Schnupfen und Angina, sind aber schon mehrmals derartig erkrankt gewesen, ohne einen Herpes zu bekommen.

Ein Arzt, der $2^1/_2$ Wochen aus dem Spitale abwesend war, bekam in den ersten Tagen nach seiner Rückkehr in denselben seinen zweiten Herpes.

Unter den 16 Eruptionen, welche an Aerzten und Wartpersonal zum Vorschein kamen, traten 5 im Geleite eines Schnupfens auf, die übrigen 11 bei vollständigem Wohlbefinden der Betreffenden.

Von den Kranken, welche intercurrent einen Herpes bekamen, litten 3 an Rachendiphtheritis, 2 an Typhus abd., je einer an Angina cat., Phthis. pulm., Lungengangræn, Hemikranie, Hysterie, Eczem, eine befand sich im Wochenbett, an einer andern war die Ovariotomie gemacht worden.

Wie man aus dieser Zusammenstellung ersieht, kam Herpes während unserer Epidemie zwar bei sehr verschiedenartigen Erkrankungen vor; doch will es mir scheinen, dass ganz abgesehen von seiner eminenten Häufigkeit bei croupöser Pneumonie, der Herpes bei Erkrankungen des Respirationsapparates öfter vorkommt als bei andern Affectionen oder bei intacter Gesundheit.

Im Uebrigen ist es meinen Beobachtungen nach unmöglich, einen Unterschied anzugeben in dem Bilde des Herpes, wenn er selbstständig vorkommt, oder wenn er im Verlaufe von Krankheiten auftritt. Ausserdem zeigten die Efflorescenzen, welche im Geleite dieser letztern sich einstellten, unter sich keinen Unterschied, mochte nun die Hauptaffection so oder so beschaffen sein.

Meistens kam der Ausschlag ohne jeglichen Vorboten; seine Entwicklung, sowie die erste Zeit seines Bestehens, war gewöhnlich mit der Empfindung von Brennen verbunden. Mehrmals kündigte er sich, auch bei sonst ganz Gesunden, durch ein kurzes, vorangehendes Frösteln an, das in vielen Fällen wohl ganz übersehen worden sein dürfte. Vorübergehende Steigerungen der Temperatur sind beobachtet worden.

Ueber den Sitz der Herpesefflorescenzen sei bemerkt, dass in den meisten unserer Fälle der Herpes facialis sich an dem Lippenroth oder an der äussern Haut der Lippen localisirte, hie und da ohne jede Rücksicht auf die Mittellinie, bald einseitig, bald doppelseitig. Einmal sass er an der Nasenspitze, zweimal auf der Schleimhaut der Mundhöhle.

An einem Tage, an dem 4 Personen Herpes bekamen, trat auch ein Herpes præputialis auf.

Immer handelt es sich also um zarte Hautpartien, welche entweder beständig oder vorübergehend in acuter Weise dem Einflusse der Luft ausgesetzt sind. — Hieher gehört auch die Gegend um den Anus herum, an der hie und da Herpeseruptionen (nach *Thomas*) beobachtet werden.

Ich komme hiemit endlich auf die Frage nach der möglichen Aetiologie unserer Herpesfälle, deren räumliche und namentlich zeitliche Cumulation mir so auffällig gewesen ist.

Der Umstand, dass den Kranken gegenüber Aerzte und Wartpersonal in ungleich stärkerem Verhältnisse befallen worden sind, also Personen, welche genöthigt waren, sich in weniger gleichmässig temperirter Luft aufzuhalten, führt mich dazu, dem Momente der sog. Erkältung einen gewissen Einfluss zuzuschreiben. Zu dieser Præsumption gelangte ich namentlich am Anfange der Epidemie,



welche unter Umständen auftrat, die sehr wohl an massenhafte Erkältungen denken lassen durften. Es fällt nämlich die erste Cumulation der Fälle in die Woche, zu deren Anfang im Spitale die Vorfenster angemacht wurden, und es fehlte gerade damals nicht an Gelegenheit zu Durchzug auf den Corridoren und auch in den Krankensälen.

Immerhin wird hiedurch weder der weitere Fortgang der Epidemie, noch auch die eigenthümliche Beschränkung derselben auf den einen Spitalflügel erklärt, und es bleibt darum eine andere Möglichkeit noch übrig, die nämlich, dass eine specifische Ursache, ein Miasma, die Schuld an unseren Herpesfällen hat. Diese Vermuthung, dass es sich hier um ein Miasma handelt, gewinnt bedeutend an Wahrscheinlichkeit, wenn ich den vielfach erwähnten, fast einzig befallenen Spitalflügel seiner Lage nach mit den andern Theilen des Spitalgebäudes vergleiche. Seine Aufstellung, hauptsächlich auch seine Umgebung zeigen den andern Theilen gegenüber etwas Besonderes: er bildet einen von SO-O nach W-NW verlaufenden Längsbau. Seine vordere auf den Spitalpark blickende Seite mit den Krankensälen ist fast gerade nach Süden zu gerichtet, seine Hinterseite schaut fast gerade nach Norden hin. Auf seiner Nordseite liegt der beinahe ebenso lange Bau der Predigerkirche. Diese beiden hohen Gebäude stehen ungefähr parallel verlaufend neben einander; zwischen ihnen liegt ein schattiger feuchter Hofraum von durchschnittlich 20 Schritt Breite. Die Corridore des Spitalflügels befinden sich auf der Hinterseite des Gebäudes, und von ihnen aus führen die Fenster direct in den erwähnten Hofraum.

Die Bedingungen zur Entwicklung eines Miasmas (Feuchtigkeit, Stagnation der Luft) scheinen demnach wohl vorhanden zu sein. Aus der Anordnung der Localität wird klar, dass die auf der Hinterseite des Gebäudes gegen den Hofraum zu liegenden Gänge des betreffenden Spitalflügels dem Einflusse eines allfälligen Miasmas in weit höherem Grade ausgesetzt sein müssen als die nach Süden zu prächtig frei liegenden Krankensäle.

Ob hiemit etwa die starke Betheiligung des auf den Corridoren vielfach beschäftigten Wärter- und Aerzte-Personals an der Epidemie zusammenhängt, ist eine Frage, die vielleicht aufgeworfen werden darf, hingegen natürlich ebenso wenig wie diejenige nach der miasmatischen Natur der Epidemie überhaupt definitiv bejaht werden kann.

Herrn Prof. *Immermann* spreche ich für Rath und Hülfe bei dieser Arbeit meinen besten Dank aus.

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli.*

Sitzung vom 5. October 1882.[1])

Anwesend 20 Mitglieder.

Dr. ***Hosch*** theilt einen Fall von chronischer Tuberculose der Choroidea mit gelungenen Impfungen in die vordere Augenkammer von Kaninchen mit.

[1]) Erhalten im Januar 1883.



Ein 17jähriger, angeblich hereditär nicht belasteter, Jüngling war abgesehen von leichter Blutarmuth bisher ganz wohl gewesen. Anfangs 1881 traten heftige Palpitationen, bald auch Appetitlosigkeit und grosse Müdigkeit auf. Im Herbst bildete sich allmälig eine schmerzlose Anschwellung des rechten Kniees und des Carpo-Metacarpalgelenks des l. Daumens. Gegen Ende December nahm, unter geringer Injection — ohne Schmerz und Schwellung, das Sehvermögen des rechten Auges ganz langsam ab. In den letzten Tagen des März 1882 traten Ohnmachtsanfälle auf. Beim Erwachen aus einem solchen war das rechte Auge völlig blind. Seit Ende April entwickelte sich ganz allmälig eine Geschwulst am innern Theil des Bulbus.

Bei der ersten Vorstellung (am 30. Mai) zeigte Patient äusserste Anämie. Rechter Bulbus, stark injicirt und etwas nach aussen abgewichen, zeigt an seinem innern Theil eine halbkuglige, bis zur Cornea reichende Geschwulst von 16 mm. verticalen und 18 mm. horizontalen Durchmessers. Dieselbe hat derb elastische Consistenz, ist auf Berührung nicht empfindlich und zeigt leicht höckrige Oberfläche. Ein Zusammenhang mit der vordern Kammer lässt sich nicht nachweisen. Ophthalmoscopische Untersuchung ergab nur grünlichen Reflex vom Hintergrunde.

Da Sarcom und Carcinom aus verschiedenen Gründen, namentlich auch wegen des Alters, sehr unwahrscheinlich waren, Syphilis aber mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, wurde die Diagnose auf Tuberculose des Ciliarkörpers oder des vordern Theils der Chor. gestellt, womit die Gelenkschwellungen und der Lungenbefund ganz gut stimmten.

Im Laufe des Juni brach die Geschwulst auf, und nun wünschte Patient selbst die bereits früher vorgeschlagene Enucleation.

Dieselbe wurde am 5. Juli ausgeführt. Als mit der Scheere in die Orbita eingegangen wurde, um den Opticus zu durchschneiden, brach derselbe an seiner Eintrittsstelle förmlich ab, wobei sich etwas eitrige Flüssigkeit entleerte. Die Heilung war eine sehr rasche. Seit nun vier Wochen trägt Patient ein künstliches Auge.

Von den bröckligen Massen, die am hintern Bulbusende zum Vorschein kamen, wurde drei Kaninchen je ein kleines Partikel in jedes Auge gebracht.

Der in absolutem Alcohol gehärtete und nach einigen Tagen durchschnittene Bulbus zeigt folgendes Verhalten: Die Geschwulst nimmt den grössten Theil des Bulbusinnern bis zum hintern Pol ein und lässt nur an der äussern Seite einen, etwa dem 6. Theil entsprechenden, von der Choroidea bekleideten Hohlraum frei, in welchen die die Choroidea vor sich herschiebende Geschwulst kuglig vorspringt. Im hintersten Theil der Geschwulst findet sich ein mit bröckligen Massen versehener Hohlraum, von welchem aus eine enge, den ganzen Tumor durchziehende Spalte zu einer Fistelöffnung führt, die sich in der Mitte der epibulbären Anschwellung befindet. Cornea, Iris, Linse sind normal. Die Retina, welche an die hintere Linsenwand angedrückt ist, ist relativ gut erhalten. Die Geschwulst zeigt immer das bekannte Bild des conglobirten Tuberkels: massenhaft in Knötchenform aneinander gedrängte Rundzellen ohne Gefässe, zuweilen gruppirt um eine Riesenzelle. Im äussern, an die Reste der Choroidea angrenzenden Theil, finden sich weite



Gefässlumina und viel Pigment. In der Umgebung des Hohlraumes und der Spalte sieht man zahlreiche verkäste Tuberkelknötchen.

Es ist kaum daran zu zweifeln, dass die Geschwulst aus dem hintern Theil der Choroidea ihren Anfang genommen hat.

Die an den Kaninchen vorgenommenen Impfungen ergaben bis auf eine einzige ein völlig positives Resultat. Bei ganz reizlosem Verlaufe wurde zunächst der eingeführte Fremdkörper resorbirt; dann traten, nachdem die Augen einige Zeit ein ganz normales Aussehen dargeboten hatten, unter mässiger Injection massenhafte grauweisse Knötchen über die ganze Iris zerstreut auf. (Es werden drei dieser Augen herumgegeben.) Die Knötcheneruption begann in je einem Falle am 22., 25., 28., 31. und 39. Tage nach der Implantation. Zeichen allgemeiner Infection wurden bei den Thieren nicht beobachtet, wozu freilich auch die Beobachtungszeit von 53 Tagen viel zu kurz war.

Ohne Resultat waren die Bemühungen Tuberkelbacillen nach *Koch*'scher Vorschrift zu finden.

Prof. *Kollmann* erinnert an die von Dr. *Vidal* in Paris angeblich mit gutem Erfolg bei Tuberculose geübte Electropunctur der Haut.

Nach der Ansicht von Dr. *Wilhelm Bernoulli* und Dr. *Sury* kann es sich hierbei nur um ableitende Hautreize handeln.

Prof. *Hagenbach* berichtet über einen Fall von Fremdkörper im Larynx bei einem 2jährigen Mädchen. Dasselbe soll vor 3 Monaten beim Verschlucken eines Knochenstückchens einen Erstickungsanfall gehabt haben. Seit dieser Zeit keuchender Athem, allmälige Zunahme der Dyspnœ, so dass das Kind im Zustand äusserster Athemnoth tracheotomirt werden musste. Acht Tage nach der Operation wurde ein Knochenstück ausgehustet, und darauf freie Athmung und Entfernung der Canüle. Auffallend war in diesem Falle das Vorhandensein eines Knochenstücks im Larynx, das wohl äusserste Dyspnœ, aber keine Heiserkeit und keinen Husten verursachte. Es wird ein Spasmus glottidis als Ursache der Dyspnœ angenommen.

Prof. *Hagenbach* theilt Krankengeschichte und Sectionsbericht mit eines 4jährigen Mädchens mit Diabetes insipidus. Dasselbe erkrankte $^3/_4$ Jahre vor seinem Tod an ausgesprochenem Diabetes insipidus. Enormer Durst, täglich 10 Liter Urin, verdriessliche Stimmung und Abmagerung; keine besondere Erscheinung von Seiten des Nervensystems. Die letzten 14 Tage verliefen unter den Erscheinungen einer Meningitis basilaris. Die Section ergab einen käsigen Tuberkel des Infundibulum, Meningitis tuberculosa, Erweichungsherd des rechten Corpus striatum und Erweiterung sämmtlicher, auch des IV. Ventrikels.

Prof. *Hagenbach* berichtet über seine Erfahrungen mit der condensirten Milch, ohne Zucker und ohne sonstigen Zusatz in Gruyère, Canton Freiburg, fabricirt. So wenig er Freund ist von all' den künstlichen Surrogaten der Muttermilch mit Ausnahme der unverfälschten Kuhmilch in richtiger Verdünnung etc., und so entschieden er die Anwendung von Kindermehlen im ersten Säuglingsalter verwirft, so hält er sich, gestützt auf genaue durch Wägungen controlirte Beobachtungen, berechtigt, diese Milch, verdünnt mit Reis- oder Gersten-



abkochung, als zweckmässiges, billiges und einfach herzustellendes Ernährungsmittel für jüngere Säuglinge zu empfehlen (vide in extenso in Nr. 1 a. c.).

Prof. *Massini* sah einzelne Kinder, die diese Milch refusirten, weil sie nach überwärmter Milch schmeckt.

Dr. *Wilhelm Bernoulli* wünscht, dass die Milch von Zeit zu Zeit immer wieder auf fremde Substanzen untersucht werde.

Prof. *Hagenbach* betont auf verschiedene Anfragen hin nochmals die Billigkeit dieser Milch, die sie zu einem Kindernahrungsmittel für ärmere Leute mache.

Sitzung vom 19. October 1882.

Anwesend 20 Mitglieder und 1 Gast.

Prof. *Kollmann* stellt einen jungen Mann vor mit colossaler Muskelentwicklung: es sind besonders die Muskeln der obern Extremitäten und des Rumpfes sehr entwickelt, und treten dieselben durch die dünne Haut sehr stark hervor.

Prof. *Wille* fragt, ob ein Muskelstück untersucht worden sei, um zu wissen, ob es sich um Fetteinlagerung oder wirkliche Hypertrophie handle. Für letztere sprechen nach Dr. *Wilh. Bernoulli* die Localisation und die grosse Kraftentwicklung. Prof. *Wille* kennt Fälle von stärkerer, mit entsprechender Kraft verbundener Muskelentwicklung, welche in Atrophie überging.

Prof. *Wille* bespricht die transitorischen Geistesstörungen, charakterisirt dadurch, dass sie bei vor- und nachher Gesunden abrupt auftreten und rasch ablaufen. Sie sind meist mit schwerer Bewusstseinsstörung und Erinnerungsdefect verknüpft und beanspruchen dadurch bei ihrem nicht seltenen Vorkommen vor Allem auch ein hohes forensisches Interesse.

Diese transitorischen Psychosen lassen sich ätiologisch in verschiedene Gruppen sondern: 1) solche, die auf Grund schwerer Neurosen auftreten, wie Epilepsie, Hysterie etc.; hierher sind auch die pathologischen Traum- und Schlafzustände zu rechnen; 2) solche auf toxischem Boden, wobei als Gifte Alcohol, Kohlenoxyd, Blei, Narcotica in Betracht kommen; 3) Fälle, die durch Fieberzustände veranlasst sind; hierher gehören auch die Erkrankungen an intermittirender Tobsucht; 4) Reflexpsychosen, wobei starke, vom Darm, den Sexualorganen etc. ausgehende Reize den Anfall bedingen; endlich 5) die Inanitionsformen, wo hochgradige anæmische Zustände zu Grunde liegen; hierher sind auch die im Remissionsstadium von Fiebern auftretenden Erkrankungen zu zählen.

All' diesen symptomatischen Formen gegenüber bleibt dann noch eine Gruppe von Fällen, die in Ermangelung pathogenetischer Anhaltspuncte als idiopathische besonders von *Krafft-Ebing* und *Schwartzer* in letzter Zeit näher beschrieben worden sind.

Referent berichtet nun über seine eigenen Erfahrungen. Unter 800 in den letzten Jahren beobachteten Kranken waren 76 Fälle von transitorischer Psychose, darunter 16, welche sich keiner der symptomatischen Gruppen einreihen liessen.

Bei 9 dieser Fälle waren kurze Vorläufer von einigen Stunden bis Tagen, einmal von 3 Wochen, vorhanden, bestehend in allgemeinen Erscheinungen von Unwohlsein; 7 Fälle waren vorher ganz wohl gewesen. Die Entwicklung der



Störung erfolgt abrupt, in wenigen Minuten bis zur Höhe; nach einer Dauer von $1/2$—24 Stunden tritt ein plötzlicher Ruhezustand ein; nur 1 Mal bei einem Fall von 36 Stunden Dauer erfolgte eine allmälige Remission. Klinisch charakterisiren sich die Störungen als Wuthanfälle mit sinnlos aggressivem Vorgehen gegen die Umgebung; in 4 Fällen herrschten schreckhafte Vorstellungen vor, und hatte entsprechend die Gewaltthätigkeit mehr defensiven Charakter. — Vollständige Bewusstlosigkeit von Anfang bis zu Ende war nur in 7 Fällen vorhanden; 3 Mal leitete eine epileptiforme Attaque die Störung ein. Symptome activer Hirnhyperæmie sind nicht constant, im Gegentheil war 4 Mal Leichenblässe vorhanden. Das Ende dès Anfalls erfolgt oft durch Schlaf, bei über $1/3$ der Fälle aber auch ohne solchen. Etwas Mattigkeit dauert oft noch lange an, auch nach sogen. kritischem Schlafe.

Von den 16 Kranken waren 7 männlich, 9 weiblich; 14 waren zwischen 20 und 40 Jahren, 1 19, 1 51 Jahre alt; Heredität, Beruf und Civilstand kamen ätiologisch nicht in Betracht. Dagegen waren alle Kranken geschwächte Individuen (durch vorangegangene schwere Krankheiten, Säfteverluste, gemüthliche Depression), aber nicht so, dass sie könnten zu den Inanitionsformen gerechnet werden, da die Erkrankten alle schwer arbeiteten und nur nicht von normaler Frische waren.

Gelegenheitsursache zum Ausbruch waren leichte alcoholische Excesse (nicht starke Berauschungen), 7 Mal geringfügige Streitigkeiten, einige Mal gingen Blutverluste unmittelbar voraus, bei Weibern der Eintritt der Menses; 2 Mal handelte es sich um fiebernde Wöchnerinnen, wo nach dem Anfall das Fieber gleich weiter dauerte, so dass die Anfälle nicht können als symptomatische aufgefasst werden; bei 4 von 16 Kranken war es der zweite Anfall. Genesung erfolgte immer.

Referent spricht sich zum Schluss dahin aus, dass die Abtrennung der transitorischen Psychosen nur auf dem Verlauf, nicht auf klinischen Momenten beruhe; ob Prodrome fast oder ganz mangeln, die etwas kürzere oder längere Dauer des Anfalls, der Grad der Bewusstseinsstörung, der kritische Schlaf u. s. w.: das Alles sind nicht Momente, die constant und wesentlich genug sind, um eine Unterscheidung zu begründen. Auch die idiopathischen Fälle sind wohl nur als Erkrankungen aufzufassen, deren Pathogenese noch dunkel ist.

Prof. *Albert Burckhardt* regt im Hinblick auf die bevorstehende Abstimmung über die Aufhebung von § 81 des Polizeistrafgesetzes (Impfzwang) eine Proclamation betreffend die Impfung[1]) an. Die Ausführung wird befürwortet und der Commission überwiesen.

[1]) Dieser Beschluss fand seine Erledigung durch die folgende, von 47 Aerzten unterschriebene, Erklärung, welche den 16. December in sämmtlichen Basler Blättern erschien: „Erklärung in Betreff der Impffrage. Angesichts des bevorstehenden Entscheides über die Aufhebung des § 81 des Polizeistrafgesetzes bez. des Impfzwanges sehen sich die unterzeichneten Aerzte des Cantons Basel-Stadt zu nachfolgender Erklärung veranlasst.

Wir erblicken in der Impfung für den Einzelnen und in möglichst vollständiger Durchführung derselben, wie sie nur durch gesetzliche Vorschrift sich erreichen lässt, für eine ganze Bevölkerung ein werthvolles Schutzmittel gegen die Empfänglichkeit für Blattern. Der Mangel einer gesetzlichen Nöthigung wird hier wie anderwärts bei einem grossen Theil der Bevölkerung den Versicht auf diese Schutzmaassregel nach sich ziehen und es lässt sich mit Sicherheit sagen, dass sich dieser Verzicht früher oder später an Gesundheit und Leben unserer Bevölkerung rächen wird. Wir beabsichtigen

Sitzung vom 2. November 1882.

Anwesend 31 Mitglieder und 2 Gäste.

Das Präsidium verliest ein Dankschreiben des Mitgliedes Dr. *August Burckhardt*, dem bei Gelegenheit seines 50jährigen Doctorjubiläums im October von Seiten der Gesellschaft ein silbernes Plateau war überreicht worden.

Prof. *Bischoff* gibt einen kurzen Commentar zu dem (den Mitgliedern übersandten) Entwurf von Vorschlägen über ein einheitliches Vorgehen in der Prophylaxis des Puerperalfiebers und insbesondere in den diesbezüglichen Anforderungen an die Hebammen, der zur Discussion unterbreitet wird und sich an den Vortrag von Dr. *Oeri* in der Sitzung vom 15. Juni 1882 anschliesst. Es wird verlangt:

1) Sauberkeit an Körper und Kleidung, Reinlichkeit in Geburts- und Wochenzimmer.

2) Vor jeder innern Untersuchung Reinigung der Vorderarme, Hände und Nägel mit 5% Carbolsäurelösung unter Gebrauch der Nagelbürste nach vorheriger Seifenreinigung.

3) Waschungen der äussern Genitalien der Gebärenden bei Beginn der Geburt mit 2,5% Carbolsäurelösung.

4) Bei Beginn der Geburt Eingiessung von 2,5% Carbolsäurelösung in die Vagina.

5) Einfetten der Hände resp. Finger mit 10% Carbolöl oder 10% Carbolvaseline vor dem Untersuchen.

6) Nach der Geburt Eingiessung von 2½% Carbolsäurelösung in die Vagina nur in Fällen von fauler Frucht oder Fruchtwasser und nach jedem operativen Eingriffe.

7) Waschung der verunreinigten Stellen mit 2,5% Carbolsäurelösung nach der Geburt.

8) Betupfen der zur Naht ungeeigneten Wunden mit 50% Carbolglycerin.

9) Bedecken der äussern Genitalien mit einem grossen Bausche Salicylwatte oder Salicyljute.

10) Mindestens 2 Mal täglich Wechsel der Unterlage und Reinigung der äussern Genitalien mit 2½% Carbolsäurelösung.

11) Grundsätzliches Verbannen der Schwämme.

12) Desinficirung der Instrumente (Mutterrohr und Catheter) durch Kochen und durch 5% Carbolsäurelösung vor jedem Gebrauche.

13) Reinigung der Urethralmündung und Betupfen derselben mit 10% Carbolöl oder Carbolvaseline vor dem Cathetrisiren, wobei der Catheter mit 10% Carbolöl zu befetten ist.

---

durchaus nicht, mit dieser Vorhersage die Stimmen Derjenigen zu beeinflussen, welche es vorziehen, durch Schaden belehrt zu werden; vielmehr erfüllen wir nur eine Pflicht gegen uns und unser Gewissen, indem wir durch namentliche und unzweideutige Kundgebung unserer Ansicht jede Verantwortlichkeit für das uns vorgeschlagene gefährliche Experiment von der Hand weisen. Wenn einst Angesichts der Folgen Niemand bereit sein wird, diese Verantwortlichkeit zu übernehmen, so soll man nicht sagen können, dass ein Theil derselben uns treffe, weil wir im entscheidenden Augenblick geschwiegen hätten."



14) Waschung der Augen und des Mundes des Neugeborenen mit 4% d. h. concentrirter Borsäurelösung.

15) Vorschrift zur Herstellung von Carbolsäurelösungen aus 50% Carbolglycerin, wovon 1 : 10 eine 5%, 1 : 20 eine 2½% Lösung gibt.

16) Instrumente: ausschliesslich Irrigator, 1 Liter haltend, mit Wasserstandmesser, keine Clysopompen etc. Kochapparat für Catheter und Mutterrohr. Bade- und Fieberthermometer, Nagelbürste, Seife, 50% Carbolglycerin, 4% Borsäurelösung, 1 Pack Salicylwatte, Salicylwattetampons, T-Binde, metallener Catheter, Nabelschnurband und Scheere.

17) Mutterrohr, Carbolsäurepräparate und Watte wären von der Gebärenden selbst anzuschaffen; im Falle der Armuth würde auch für die Watte die Sanitätsbehörde um unentgeltliche Verabreichung gebeten; zugleich sollte die Behörde um Errichtung einer Anzahl Dépôts zur Erleichterung des Bezuges ersucht werden.

18) Stillstellung der Hebamme zu beantragen, so lange dieselbe Puerperalkranke verpflegt, und noch 3 Tage nachher, während welcher sie zu desinficiren ist.

19) Stillstellung der Hebamme, so lange sie eiternde Wunden an den Händen hat.

20) Anzeigepflicht der Hebammen für Erkrankungen.

Als Nachtrag Pia Desideria.

1a) Hebammenüberkleider.

2a) Abrasiren der Schamhaare bei Beginn der Geburt vor dem Abwaschen mit Carbolsäurelösung.

3a) Gebrauch von Salicylunterlagen.

4a) Regelmässige Eingiessungen von 2,5% Carbolsäurelösungen im Wochenbett, wobei wir uns aber der Gefahren bewusst sind, welche eine schlechte Manipulation mit sich bringt.

5a) Trennung der Beistandleistung bei der Geburt von der Pflege der Wöchnerinnen.

6a) Besserstellung der Hebammen.

Da über die Meinung, dass das Puerperalfieber eine Infectionskrankheit sei, kaum ein Zweifel besteht, wurden s. Z. die desinfectorischen Maassregeln mit grossem Enthusiasmus ergriffen. Der Vortragende erklärt sich für die Anwendung der flüssigen Mittel, da die festen viel schwieriger anzuwenden sind. Ein Hauptgrund für die Vorlage ist, dass die Aerzte in einigen Hauptpuncten den Hebammen gegenüber übereinstimmen sollten. Ad 8) wäre zu bemerken, dass ausser der Desinfection eine leichte Aetzung bezweckt wird; es versteht sich, dass man jede Wunde wo möglich nähen muss. 9) erscheint dem Vortragenden sehr wichtig; es dient statt der früher angewandten, weniger zweckmässigen Carboltampons; die Salicylunterlagen 3a) möchten wegen ihres theuren Preises schwierigen Eingang in die Praxis finden. Ad 15) 50% Carbolglycerin fand Redner nach vielfach angestellten Verdünnungen anderer Lösungen als das geeignetste Präparat zur Verdünnung. Ad 16) diese Instrumente etc. setzte Instrumentenmacher Angst in ein Kästchen zum Preise von 42 Fr. (en gros 38 Fr.) zusammen. 5a) wünscht der



Vortragende, da die gehörige Pflege der Wöchnerinnen den Hebammen oft sehr schwierig wird. Deshalb, und weil den letztern oft directe Kosten erwachsen, sollten 6a) die Hebammen pecuniär besser gestellt werden.

Diese Vorschläge rufen einer weitläufigen Discussion, aus welcher zwar die Wichtigkeit eines gemeinsamen Vorgehens erhellt, ebenso sicher aber auch die Verschiedenheit der Standpuncte in den Hauptfragen hervorgeht. Dem einen Redner ist der Entwurf etwas zu complicirt, der andere hält ihn für wohl ausführbar, da von den Hebammen weniger als früher verlangt werde. So viel schien übereinstimmend aus der Discussion hervorzugehen, dass in einem definitiven Leitfaden 1) und 2) die Reinlichkeit den Hebammen viel dringlicher an's Herz gelegt werden sollte, da sie die Seele des Ganzen sei. Dr. *Courvoisier* zweifelt an dem Nutzen des 10% Carbolöles, resp. -vaseline, und möchte die elastischen Mutterrohre durch leicht zu desinficirende metallene (glühbare) oder gläserne ersetzt wissen.

Dr. *Baader* betont gegenüber einigen Vorrednern die Nothwendigkeit präciser und klarer Vorschriften, an welche sich die Hebammen zu halten haben. Er bespricht die Vorschläge und empfiehlt ihre Annahme mit einzelnen Abänderungen und Zusätzen. Wesentlich sei vor Allem die Besserstellung der Hebammen, ihre exacte Vorbildung und persönliche Qualification, welche bei der Prüfung mit zu beachten sei; in ihr liege auch eine Handhabe gegen das Ueberwuchern der Zahl der Hebammen. Wir Aerzte haben aber dafür zu sorgen, dass in Zukunft mehr als bisher auch für das äussere Schicksal der armen, oft genug vom Allernöthigsten entblössten Gebärenden gesorgt wird; jedenfalls müssen die letzteren die Desinfectionsmittel etc. unentgeltlich beziehen können.

Nach Physicus *Lotz* liegen die Mängel der bisherigen Vorgänge in der Mangelhaftigkeit der Nachachtung der bisherigen Vorschriften, resp. der Reinlichkeit, und er beweist dies an Hand der Statistik der seit 1877 in Basel vorgekommenen Fälle von Puerperalfieber, welche zum grössten Theil nur in der Praxis einzelner, und zwar immer der gleichen, Hebammen vorkommen: so fallen 44 von 149 Puerperalkranken auf die Hände zweier Hebammen. Die Art. 5a) und 6a) sind ihm nicht vereinbar; durch letztern lässt sich nicht, wie Dr. *Sury* meinte, eine bessere Classe von Frauen zu Hebammen gewinnen. Dr. *Barth* tritt auf Grund der historischen Entwicklung im Gebrauch des 10% Carbolöls für dasselbe in die Schranken. Dr. *Oeri* meint, man müsse schon deshalb Vorsichtsmaassregeln genauer vorschreiben, weil die Vorschrift „Reinlichkeit" den Hebammen allein nicht genügt.

Prof. *Bischoff* freut sich über die rege Discussion des Entwurfs und erläutert seinen Standpunct gegenüber den einzelnen Einwendungen. Die schlechten Hebammen müsse man eben suchen zu belehren. Dass 10% Carbolöl gegen Milzbrand ohne Nutzen sei, sei ihm bekannt; dagegen könne es hier doch antiseptisch wirken. Anti- und Asepsis in der Geburtshülfe würden eben doch immer unvollkommen bleiben. Die verschiedenen Lösungen bereiten sich die Hebammen mit den in der Tasche befindlichen graduirten Instrumenten. Die Mutterrohre wählte er gerade elastisch, weil sich solche nicht lange halten. Leute, die nicht genügend mit Wäsche etc. versehen sind, gehören eben in's Spital.



Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.[1])

3. Sitzung des Wintersemesters 9. Januar 1883 bei Webern.
Präsident: Prof. *Pflüger*. Actuar: Dr. *Ost.*
Anwesend 20 Mitglieder.

1. Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

2. Vortrag von Prof. *Nencki:* Ueber die physiologische Oxydation in Geweben bei Krankheiten.

Der Vortragende beleuchtete zunächst den gegenwärtigen Stand unserer Kenntniss über die Oxydation in den Geweben der Gesunden. Seine früheren Untersuchungen haben ergeben, dass wenn auch die Bestandtheile unserer Nahrung, wie Eiweiss, Fett und Traubenzucker in schwach alcalischer Lösung molecülaren (atmosphärischen) Sauerstoff absorbiren, so stehen doch die gemessenen Oxydationen dieser Stoffe an Intensität weit zurück gegenüber den in den Organismen verlaufenden Oxydationserscheinungen; es müssen daher zur Erklärung der energischen Sauerstoffabsorption in den lebenden Geweben noch andere chemische Vorgänge in Betracht gezogen werden. Der Vortragende ist der Ueberzeugung, dass die Function der die Organisation bewirkenden Zellen zunächst darin besteht, sehr leicht oxydirbare, stark reducirende Materien zu bilden, die ähnlich wie Pyrogallol in alcalischer Lösung schon durch den molecülaren Sauerstoff gänzlich verbrannt werden. Unter diesen Materien, wenn nicht als die einzige, so doch als die hauptsächlichste ist das aus labilem Eiweissmolecül bestehende Plasma zu betrachten, welches, indem es energisch molecülaren Sauerstoff absorbirt, gleichzeitig in Folge der Selbstverbrennung atomistischen Sauerstoff abspaltet, wodurch im Zellinhalt vorhandenes Fett, Zucker und die vom Letzteren herrührende Milchsäure verbrannt werden. Diese Annahme schliesst nicht aus, dass ähnlich wie das indifferente Nahrungseiweiss in das labile Plasma übergeführt wird, in den die Oxydation bewirkenden Geweben auch das Fett und die Kohlehydrate zu durch molecülaren Sauerstoff leicht oxydirbaren Molecülen umgestaltet werden. Nach den Versuchen des Vortragenden absorbirt z. B. Neurin viel energischer atmosphärischen Sauerstoff als die Fette und er hält es für wahrscheinlich, dass die Bildung des Neurins aus den Fetten in den Geweben zum Zwecke ihrer Verbrennung geschieht. Um seine Anschauungen unter pathologischen Verhältnissen zu prüfen, hat der Verfasser Fütterungsversuche mit Benzol an mit Phosphor vergifteten Kaninchen angestellt. Das Benzol, das im gesunden Organismus hauptsächlich zu Phenol, daneben zu Brenzcatechin und Hydrochinon und zwar nur durch atomistischen Sauerstoff verbrannt wird, wird von mit Phosphor vergifteten Thieren gar nicht oxydirt. Aehnlich wie organische Verbindungen, deren Molecül labil ist, wie z. B. Aldehyde, Cyanamid, Cyansäure u. s. w. durch Zusatz minimaler Mengen von Säuren, Chlorzink u. dgl. mehr in stabile Polymerisationsproducte übergehen, so auch im Thierkörper genügt die minimale Menge Phosphor (0,03 gr.), um das labile Eiweissmolecül in das indifferente Eiweiss zu verwandeln, weshalb auch bei der acuten Phosphorvergiftung alle die Producte, welche in der Norm

[1]) Erhalten 26. I. 1883. Redact.



im Organismus oxydirt werden, unverändert in den Harn übergehen und auch kein Benzol oxydirt wird. Bei Leucæmie und auch bei mit Milzbrand inficirten Kaninchen war die Menge des oxydirten Benzols bedeutend gegen die Norm herabgesetzt. Man könnte vermuthen, dass in den beiden letzten Krankheiten der Mangel an Sauerstoff die Ursache der herabgesetzten Oxydation sei. Doch machen Fütterungsversuche mit milchsauren Salzen, welche z. B. von Leucämischen selbst in grösseren Dosen (20 grmm. pro die) vollständig verbrannt werden, diese Vermuthung nicht sehr wahrscheinlich. Auch zeigte *Hüfner*, dass den Geweben mehr wie hinreichend durch das Blut Sauerstoff zugeführt wird. Nach seinen Bestimmungen an gesunden Thieren verliert das arterielle Blut in den Capillaren nur etwa ein Viertel seines Sauerstoffes. So enthielt in einem Versuche das arterielle Blut 17,31% O_2, während das zurückkehrende venöse noch 12,850% O_2 enthielt. Als die nächste Aufgabe der Forschung auf diesem Gebiete bezeichnet der Vortragende die Isolirung und die genaue Erforschung der Eigenschaften dieser in den Geweben enthaltenen, stark reducirenden, schon durch molecülaren Sauerstoff verbrennbaren Materie. Erst dann lässt sich erwarten, dass auch gegen „die Krankheiten des oxydirenden Plasma's," resp „Oxydationskrankheiten" mit Erfolg vorgegangen werden kann.

Discussion: Prof. *Grützner* frägt an, ob auch in den vorliegenden Fällen im Organismus wirklich die Oxydations- und Hydratationsprocesse von einander unabhängig vor sich gehen, ferner ob bei der hervorragenden Rolle, welche den Alcalien beim Stoffwechsel zukommt, eine Erhöhung des Stoffwechsels durch Zufuhr von Alcalien möglich sei und ob darüber Fütterungsversuche vorliegen mit positivem Erfolg.

Prof. *Nencki* entgegnet, dass bei gewissen Krankheiten, so bei acuter Leberatrophie und Phosphorvergiftung, wo die Oxydationsprocesse darnieder liegen, dennoch Substanzen, die durch Hydratationsvorgänge sich bilden, so Leucin, Tyrosin und Milchsäure (letztere durch Hydratation des Zuckers entstanden) im Urin vorkommen und dadurch das Fortbestehen der Hydratationsprocesse ausser jeden Zweifel gestellt werde; umgekehrt finden sich bei Diabetes mellitus — einer Krankheit, welche auf einer Beeinträchtigung der Hydratationsvorgänge beruht — eingeführte Substanzen in ihren höheren Oxydationsstufen im Harne vor; so wird bei Diabetikern Benzœsäure wie bei Gesunden in Hippursäure umgewandelt, als welche sie im Harne auftritt.

Aus diesen Thatsachen scheine also hervorzugehen, dass Oxydations- und Hydratationsprocesse ziemlich unabhängig von einander seien. Directe Versuche über ein allfälliges Abhängigkeitsverhältniss existirten nicht. Bezüglich der Fütterung mit Alcalien, so ist es sicher, dass dadurch künstlich die Oxydationsvorgänge gesteigert werden können; doch erklärt sich daraus die Lebhaftigkeit, mit welcher der atmosphärische Sauerstoff absorbirt wird, noch keineswegs.

Prof. *Luchsinger* hat experimentell bei Vergiftung mit Kupfer, Quecksilber und Platin ein frühzeitiges Sinken der Temperatur der Versuchsthiere constatirt, die Kohlensäureausscheidung war dabei ebenfalls herabgesetzt, ohne dass es sich etwa um eine Anhäufung der Kohlensäure im Blut gehandelt hätte, denn das venöse



Blut sah noch ziemlich hell aus; bei solchen vergifteten Thieren, wo es sich demnach um herabgesetzte Oxydationsvorgänge handeln musste, wurde eingeführtes Benzol in nur sehr geringer Menge als oxydirtes Benzol, d. h. Phenol ausgeschieden, in Uebereinstimmung mit den Untersuchungen von Prof. *Nencki*. Im Weitern hält Prof. *Luchsinger* die Geschwindigkeit der Blutcirculation für sehr einflussreich bei der Absorption des Sauerstoffes und der daherigen Oxydation in den Geweben.

Prof. *Grützner* bemerkt in Bestätigung der Thatsache, dass bei Leucæmie nicht etwa der Mangel an Sauerstoff die Ursache der herabgesetzten Oxydation sei, dass nach starken Aderlässen und Einspritzung von Serum die Thiere sich dennoch erholten und somit der an die noch vorhandenen rothen Blutkörperchen gebundene Sauerstoff noch hinreichend für die Oxydationsprocesse gewesen sei.

3. Dr. *G. Jonquière* stellt einen Fall vor von Aphonia spastica hysterica.

Patientin ist 16½jährig, hat gut entwickelte Musculatur und festes Fettpolster. Die Schleimhäute sind jedoch blass, der Puls ist schwach. Die Sexualorgane zeigen mässigen Fluor albus. Im Hypogastrium ist etwas Druckempfindlichkeit. Die Respiration geht stets vollkommen normal vor sich. Das Sprechen ist ein mehr oder weniger lautes gepresstes Flüstern. Auch das Lachen und Husten ist ganz tonlos. Patientin zeigt ferner auffallende Lichtscheu bei in jeder Beziehung normalen Augen. Hautanästhesie ist nirgends vorhanden. Dagegen war bis vor wenigen Tagen ausgesprochene Herabsetzung der Sensibilität für Berührung, nicht aber für Wärme und Schmerz, am weichen Gaumen und an der hintern Rachenwand nachzuweisen. Das psychische Verhalten ist normal; die Intelligenz sehr gut entwickelt.

Die Anamnese ergibt Folgendes. Pat. hatte schon vom Juli 1881 an bis zum August 1882 eine plötzlich entstandene und ebenso plötzlich vergangene Stimmlosigkeit gehabt. Schon nach drei Monaten trat die gegenwärtige Aphonie plötzlich ein. Die erste Aphonie war zur Zeit der ersten Periode entstanden. Die Menses waren stets schwach und unregelmässig. Die Lichtscheu ist gleichzeitig mit der jetzigen Aphonie erschienen. Die Mutter und ein Bruder sind in gleicher Weise lichtscheu. Eine Schwester hatte während 6 Jahren nervöses Erbrechen.

Der Kehlkopf wird sämmtlichen Anwesenden demonstrirt. Bei der Respiration zeigt derselbe, abgesehen von Blutarmuth, ein vollkommen normales Bild. Beim Phoniren treten die Taschenbänder hart an einander, so dass die Stimmbänder nur im hintersten Viertheil sichtbar sind. Daselbst werden die letztern entweder an einander gepresst oder bilden sie eine dreieckige Spalte. Die ganze Länge der Stimmbänder sieht man am besten beim Flüstern. Selbst bei diesem Act legen sich die Stimmbänder krampfhaft an einander,

Es wird hiernach gezeigt, dass die Kranke laut sprechen kann, sobald man ihr fest auf den Unterleib drückt, wie es *Charcot* bei den hysteroepileptischen Anfällen thut. Die Stimme ist dabei noch schwach, aber vollkommen normal klingend. Die Therapie und die Prognose scheinen hiemit gegeben zu sein. Eventuell müsste noch die centrale Galvanisation versucht werden.

Der vorliegende Fall ist der 29. dieser Art, der überhaupt bis jetzt veröffentlicht worden ist. Er scheint sich von allen andern dadurch zu unterscheiden, dass

der Spasmus auch bei dem nicht willkürlichen Phoniren des Lachens und Hustens eintritt, ferner dadurch, dass die Taschenbänder und die Stimmbänder zugleich krampfhaft an einander gepresst werden, und endlich und hauptsächlich durch die Wirkung des Druckes auf den Bauch.

Wie sich die Phonation in der Chloroformnarcose und im hypnotischen Zustande verhält, der Erfolg der Therapie u. a. m. wird in einer eingehendern Erörterung des seltenen Falles in dieser Zeitschrift demnächst veröffentlicht werden.

Prof. *Grützner* bemerkt in der sich anschliessenden Discussion, dass von *Ritter* und *Rollet* nachgewiesen wurde, dass verschiedene Muskelgruppen, besonders die Antagonisten sich sehr verschieden erregbar verhalten; bekannt sei in dieser Beziehung das frühzeitige Erkranken der Extensoren bei der Bleiintoxication. In ähnlicher Weise stehen auch die Erweiterer zu den Verengerern der Stimmritze in einem physiologischen Antagonismus. Die Verengerer werden auf andere Reize hin erregt als die Erweiterer und dabei wahrscheinlich auch auf intensivere Weise, bedingt vielleicht durch abnorme Innervation des Laryngeus. Dass solche Zustände auf einer Innervationsstörung beruhen und nicht auf einer organischen Veränderung im Kehlkopf ergebe sich in der Narcose, wo die Sache sich meist bessere. Was den Erfolg des Ovariendruckes betreffe, so glaubt Prof. *Grützner*, dass jeder beliebige Druck wohl einen ähnlichen Erfolg haben möchte.

Dr. *Jonquière* hat letzteres nicht beobachten können, auch sei die Lichtscheu durch den Druck auf's Abdomen nicht geringer geworden.

Prof. *Luchsinger* erinnert an das allgemein gültige Gesetz, dass Organe, welche in Folge der Häufigkeit ihrer Function gestählt sind, pathologischen Einflüssen auch mehr Widerstand entgegensetzen als weniger häufig gebrauchte Organe. Bezüglich der Verschiedenheit in der Erregbarkeit antagonistischer Muskeln hat *L.* an Krebsscheeren gefunden, dass bei schwachen electrischen Strömen sich dieselben öffnen, bei starken Strömen dagegen die Antagonisten das Uebergewicht bekommen und die Scheeren sich schliessen.

Im weitern Verlauf der Discussion wurde hervorgehoben, dass die im vorgestellten Falle vorhandene spastische Contraction der Glottisschliesser jenes oben angegebene Gesetz gut illustrire, indem die bei der Respiration stets thätigen Glottiserweiterer resistenter seien als die nur bei der Phonation in Anspruch genommenen Glottisschliesser, wobei denselben dafür eine weit höhere Kraftentwicklung zugemuthet werde.

Schluss der Sitzung 11 Uhr p. m.

Referate und Kritiken.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde

für practische Aerzte und Studirende. Von *Adam Politzer*. II. Band.
Mit 152 in den Text gedruckten Holzschnitten. Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1882.

Mit einem wahren Vergnügen begrüssen wir heute nach 4jährigem Warten den 2. Band des vorliegenden Lehrbuches, aus dessen Manuscripte wir in unserem Blatte schon zwei Mal (1880 S. 774, 1881 S. 449, 485) interessante Abschnitte mitzutheilen in der angenehmen Lage waren.

Was wir s. Z. bei Besprechung des ersten Bandes (1878 S. 496) sagten, dass näm-



lich durch dieses Lehrbuch die Popularisirung der Ohrenheilkunde auf das intensivste werde gefördert werden, dürfte nach Schluss des Werkes nun erst recht sich erwahren.

Unterstützt durch eine Menge mustergiltiger Holzschnitte und an der Hand zahlreicher Krankengeschichten werden Anatomie, Physiologie und pathologische Anatomie sowie specielle Pathologie und Therapie der betr. Affectionen in klarer und erschöpfender Weise behandelt, und auf jeder Seite treten werthvolle practische Winke und feine Beobachtungen dem Leser entgegen. — Das gilt in erster Linie bei Besprechung der Adhäsivprocesse im Mittelohre, diesem „Kreuz" aller Ohrenärzte, die in wahrhaft classischer Weise Licht in dieses dunkle Capitel wirft. Man sieht, dass der Verfasser hier, aus dem reichen Born eigener Anschauung und Erfahrung schöpfend, mit seltener Beherrschung des schwierigen Stoffes vorgegangen ist.

Bei der Therapie der subjectiven Geräusche fällt uns auf, dass *Politzer* vom Acid. hydrobromic. nur negative Erfolge zu berichten weiss, und dass er bei den Adhäsivprocessen des Mittelohres die Application von Jodsalben auf den Proc. mast. nur auf Fälle von ausgesprochener Ohrsyphilis beschränkt wissen will. Beide Mittel haben dem Ref. entschieden gute Dienste geleistet, und möchte er dieselben ungerne entbehren.

Die Besprechung der operativen Therapie der Adhäsivprocesse bewegt sich auf dem vorsichtigen Mittelweg, der nicht zu allzu kühnen Eingriffen uns ermuthigt, aber auch eine allzu zögernde Exspectative diesen Processen gegenüber verurtheilt.

Ein höchst sorgfältig durchgearbeitetes Capitel ist ferner das wichtige der Mittelohreiterungen, das speciell mit einer Fülle der instructivsten Bilder ausgestattet ist, die ihm einen besonderen Werth verleihen. Wir machen besonders aufmerksam auf die lichtvolle Besprechung der Caries und Necrose, auf die mit interessanten Krankengeschichten ausgestattete Beschreibung der verschiedenen Formen letal endigender Ohreiterungen und speciell auf den mit besonderer Liebe und Meisterschaft bearbeiteten Abschnitt über die Affectionen des Warzenfortsatzes.

Die Krankheiten des äusseren Ohres sind in kurzen Zügen geschildert und die practischen Gesichtspuncte in bündiger Weise klar gelegt. Es folgt hierauf eine Besprechung der Neubildungen, der Neurosen und der Traumen im Schallleitungsapparat, an welche eine Betrachtung der Frage sich anknüpft, nach welchen Gesichtspuncten die Aufnahme Ohrenkranker in Lebensversicherungen beurtheilt werden solle.

Das Beste des Buches ist wohl der Abschnitt über die Krankheiten des schallempfindenden Apparates (des inneren Ohres), der in origineller Weise — wie wir es bei *Politzer* gewohnt sind — dieses schwierigste Capitel der Ohrenheilkunde nach dem neuesten Stand unseres Wissens behandelt. An eine kurze Schilderung der anatomischen Verhältnisse knüpfen sich werthvolle physiologische Bemerkungen und eine sehr lesenswerthe Besprechung der Erkrankungen des inneren Ohres im Allgemeinen und speciell der Diagnostik derselben.

Von den folgenden Abschnitten heben wir besonders den der sog. *Menière*'schen Krankheit hervor, der gegenüber dem Missbrauch, der anfängt von verschiedenen Seiten mit dem Worte „*Menière*" getrieben zu werden, durch wohlthuende Nüchternheit sich angenehm auszeichnet. Etwas auffallend ist uns die Mahnung zur Vorsicht bei der Chininbehandlung dieser Affection wegen des „vermehrten Ohrensausens"; wir haben uns mit *Charcot* davon überzeugt, dass dieses beinahe in allen Fällen anfangs sich geltend macht, und dass speciell der Kranke hierauf aufmerksam zu machen ist, indem nur bei, trotz des vermehrten Sausens, consequent fortgesetztem Gebrauche des Chinins Erfolge sich erringen lassen.

Zur Frage der viel angefochtenen primären Labyrinthentzündung bei Kindern (Morbus *Voltolini*) bringt *Politzer* einen höchst interessanten Beitrag, mit der pathologisch-anatomischen Schilderung eines Falles, indem bei einem, durch eine fieberhafte Krankheit im Verlauf von 14 Tagen taub (und taubstumm) gewordenen, Kinde der Schneckenraum sich durch neugebildetes Knochengewebe vollständig ausgefüllt fand, so dass der Gedanke einer beiderseitigen acuten eitrigen Labyrinthentzündung mit Uebergang in eine vom Endostium der Labyrinthkapsel ausgehenden centripetalen Knochenhyperplasie höchst wahrscheinlich erscheint. Neu ist die Schilderung einer Panotitis, welche Mittelohr und Labyrinth gleichzeitig oder rasch hinter einander ergreift, spontan oder besonders bei Scharlachdiphtherie entsteht und durch höchst ungünstige Prognose sich auszeichnet.



Als besonders interessante und viel neue Gesichtspuncte entwickelnde Capitel erwähnen wir die der Neurosen, der Traumen des inneren Ohres, und ganz besonders die schöne Abhandlung über die cerebralen Hörstörungen.

Den Schluss bilden kurze Abhandlungen über Missbildungen des Gehörorgans, Taubstummheit und Hörinstrumente für Schwerhörige.

Wir müssen bei dem beschränkten Raum unseres Blattes leider darauf verzichten, eingehend in den reichen Inhalt des vorliegenden Buches einzutreten und uns damit resigniren, mit wenigen Zeilen aufmerksam gemacht zu haben auf eine literarische Erscheinung, die nicht eine geschickte Compilation der vorausgegangenen Lehrbücher anderer Autoren, noch ein Résumé von Specialabhandlungen, sondern die ganz wesentlich die reife Frucht ist einer 25jährigen rastlosen und erfolgreichen Arbeit an einem nach verschiedenen Seiten so spröden Material, wie das Gehörorgan dem Anatomen, Physiologen und dem practischen Arzte gegenüber sich verhält.

Die Ausstattung in Bezug auf Druck, Papier und besonders auf die zahlreichen Holzschnitte macht dem Verleger (F. Enke) alle Ehre; ein alphabetisches Register, welches das Nachschlagen sehr erleichtern würde, dürfte in einer 2. Auflage nicht weggelassen werden. *Burckhardt-Merian.*

Die Osteotomie

mit Rücksicht auf Aetiologie und Pathologie von Genu valgum, Genu varum und andern Knochenverkrümmungen an den untern Extremitäten.

Von Dr. *William Macawen*, Prof. der klin. Chirurgie des königl. Krankenhauses in Glasgow. Autorisirte deutsche Uebersetzung von Dr. *Richard Wittelshœfer* in Wien.

Nach der Ansicht des Verf. ist Rachitis die Ursache von Genu valgum, varum und anderen Knochenverkrümmungen der untern Extremitäten. Er fasst die Rachitis auf als eine Krankheit, welche während der ganzen Wachsthumsperiode auftreten kann. Sie ist selten angeboren, entsteht zumeist bei Kindern im Alter von 18—30 Monat, wird seltener je mehr das Alter zunimmt, entsteht aber in etwa 15% aller Fälle während der Entwicklungszeit. Aus seiner eigenen Beobachtung theilt Verf. u. A. mit, wie bei 3 männlichen Individuen im Anschlusse an Symptome, welche mit denen der Rachitis übereinstimmen, Knochenverkrümmungen auftraten. Bei einem 15jährigen kam es zu Verkrümmung der Unterschenkel; zwei Andere bekamen Bäckerbeine, der Eine war 12, der Andere 18 Jahre alt.

Nachdem sich Verf. weiter über das Wesen der Rachitis verbreitet und die Veränderungen im Knochen besprochen hat, geht er über zu den Deformitäten der untern Extremitäten. Er hebt hervor, dass hauptsächlich das Körpergewicht und nicht die Thätigkeit einzelner Muskeln die Verkrümmungen bewirkt.

Vorerst wird das Genu valgum beschrieben. Nach genauen Untersuchungen und zahlreichen Messungen kommt Verf. zu dem Schlusse, dass dieser Deformität in der Regel mehr als ein Factor zu Grunde liegt. Der häufigste ist eine Einwärtsbiegung des untern Drittels des Femur. Häufig findet sich abnorme Verlängerung des condyl. int. femoris; in der Regel ist dieselbe mit Verbiegung des untern Femurdrittels verbunden. Diese beiden Factoren bilden einzeln oder in Combination die path.-anat. Grundlage des Genu valgum. Bei etwa einem Drittel aller Fälle findet sich eine Knochenauflagerung an der innern Seite der Diaphyse der Tibia, welche veranlasst, dass die Epiphyse schief gegen den Schaft steht. Bei manchen Fällen findet sich eine ähnliche Zunahme von Knochensubstanz an der innern Seite der Epiphysengrenze.

Während das Genu valgum mehr auf Erkrankung der Knochenenden und der Epiphysenknorpel beruht, entsteht das Genu varum, wenn mehr die Diaphysen der grossen Röhrenknochen erweicht sind. Diese zeigen eine nach aussen convexe Verkrümmung, dabei wird häufiger Verbiegung des Tibiaschaftes als des Femurs gefunden.

Verf. bespricht noch das gleichzeitige Vorkommen von Genu valgum und varum, ferner die meist in den ersten Lebensjahren auftretenden Verkrümmungen der Tibia. Hierauf geht er zur Beschreibung der Osteotomie über, als der Operation, die zur Correction der Deformitäten ausgeführt wird. Nach der Operation soll man es zu thun haben mit einer antiseptisch behandelten Knochenincision oder Fractur, die man zu Folge der Antiseptik wie eine einfache Fractur durch fixirende Schienen- oder Gypsverbände be-



handeln kann. Instrumente: Meissel, von derselben Form wie jene der Zimmerleute; Osteotom zugeschliffen wie eine scharfe doppelt geneigte Ebene; beide vom Härtegrad der Werkzeuge von Hartholz- und Elfenbeinarbeitern. Hammer und Scalpel. Zur Operation verlangt Verf. tiefe Narcose, Blutleere des Beines. Als beste Unterlage empfiehlt er einen mit angefeuchtetem Sand gefüllten Sack, dessen Inhalt sich nach Bedürfniss verschieben lässt. Ueber den Hautschnitt, die Beschaffenheit und den Gebrauch von Meissel und Osteotom finden sich die eingehendsten Angaben.

Die Osteotomie wegen knöcherner Anchylose des Hüftgelenks hält Verf. indicirt, wenn die untere Extremität in einem Winkel zum Becken steht, derart, dass der Fuss den Boden nicht berührt. Er betont die grosse Gefahr der Streckung ohne Osteotomie. In Kurzem wird die Osteotomie zwischen den Trochanteren beschrieben, ebenso die Operation unterhalb derselben, ferner die Durchtrennung des Femurhalses.

Die Osteotomie wegen knöcherner Anchylose des Kniegelenks hält Verf. indicirt, wenn die Deformität Stehen und Gehen erschwert oder unmöglich macht, und wenn sich ohne Gefahr eine gewaltsame Streckung nicht vornehmen lässt. Gefahr existirt hauptsächlich bei Subluxation der Tibia nach hinten. Häufig genügt Durchtrennung des Femur allein; in andern Fällen ist die Winkelstellung so beträchtlich, dass auch die Tibia durchtrennt werden muss. Operirt man am Femur, so ist die beste Stelle für die Weichtheilwunde die eine oder andere Seite der Rectussehne. Die Wunde soll der Längsaxe des Schenkels parallel laufen. Der Knochen wird etwas oberhalb der Condylen durchtrennt. Die beste Stelle zur Operation an der Tibia liegt knapp unterhalb der Spina tibiæ.

Die Behandlung des Genu valgum findet ausführliche Erörterung. Vom Vorgehen ohne operativen Eingriff hat Verf. bei Kindern Erfolg gesehen. Die subcutane Durchschneidung von Sehnen oder Bändern verwirft er; sie dankt ihr Entstehen einem Mangel an Würdigung der pathologischen Verhältnisse.

Redressement forcé, Ostéoclasie manuelle und méçanique haben seiner Ansicht nach ihre Zeit gedient, hauptsächlich bei Erwachsenen.

Verf. geht dann über zu den Methoden zur Abtragung des condyl. int. fem., dessen Verlängerung nach früher vorwiegenden Ansichten Hauptursache des Genu valgum ist. Allen diesen Operationen haften gewisse Mängel an, den einen mehr, den andern weniger. Sie verursachen eine unregelmässige Gelenkfläche, einen scharfen Knochenvorsprung an der Innenseite des Knies, bewirkt durch den nach oben verschobenen Condylus int. fem., sie schädigen den Bandapparat des Gelenkes, namentlich die Anheftung des innern Seitenbandes; häufig führen sie zu Eröffnung des Kniegelenks.

Auf die Osteotomie unterhalb des Knies wird man nach Ansicht des Verf. nur selten zurückkommen, da in der Mehrzahl der Fälle die Tibia nicht so sehr betheiligt ist, um specielle Aufmerksamkeit zu erheischen.

Die Doppelosteotomie, Trennung der Tibia und des Femur, ist nur bei ganz hochgradigem Genu valgum und starker Betheiligung der Tibia nöthig. Meist genügt die Durchtrennung des Femur.

Macawen empfiehlt die Osteotomie des Femur über den Condylen zur Correctur des Genu valgum. Er hat diese Operation im Jahre 1878 als der Erste gemacht und sie in die Chirurgie eingeführt. Sie stützt sich auf die Ansicht, dass Verkrümmung des Femur oberhalb der Condylen die Hauptursache des Genu valgum ist.

Der Weichtheilschnitt kommt auf die Innenseite des Oberschenkels zu liegen, einen Querfinger breit oberhalb des Condyl. int. fem. und $^1/_2$ Zoll vor die Sehne des M. adductor magnus und parallel derselben.

Dabei werden einige Fasern des M. vastus int. durchschnitten.

Vortheile der Operation: Das Gelenk wird in keiner Weise berührt; Ligamente und Epiphysen werden geschont, kein grösseres Gefäss durchschnitten. Die Wunde heilt „unter antiseptischer Behandlung ohne einen Tropfen Eiter“.

In einzelnen Fällen muss, um Geradrichtung der Extremität zu ermöglichen, noch die Bicepssehne durchschnitten werden.

In der Regel währt es 10 Wochen von der Operation an bis zur Möglichkeit frei herumzugehen.



Macawen, der an 330 Patienten 367 Beine wegen Genu valgum auf die angegebene Weise operirt hat, beschreibt die Operation und die Nachbehandlung auf's Genauste.

Er verwirft die supracondyloidale Osteotomie, von der Aussenseite her ausgeführt.

Das Genu varum bietet einen wesentlichen Unterschied vom Genu valgum, indem die Deformität auf eine grössere Fläche vertheilt und der eigentliche Sitz unbestimmt ist. Jeder einzelne Fall bietet seine Besonderheiten.

Zur Correctur soll vorerst auf der Höhe der grössten Curve die Osteotomie gemacht werden. Wenn es zur Geradstellung nöthig bleibt, so kann man in der gleichen Sitzung noch die kleineren Curven corrigiren. Auf diese Art wurden schon 10 Osteotomien in der gleichen Sitzung an dem nämlichen Individuum gemacht.

Bei Combination von Genu valgum und varum ist jedes Bein nach den dargelegten Principien zu operiren.

Zur Correction der Verkrümmungen der Tibia nach vorn genügt in leichten Fällen einfache Durchtrennung des Knochens; in hochgradigeren wird eine Keilexcision (mit dem Meissel auszuführen), manchmal ausserdem Durchtrennung der Achillessehne, nöthig.

Verf. gibt zur Nachbehandlung für Genu valgum und varum, sowie für die Tibiaverkrümmungen besondere Schienen an.

An 557 Beinen führte er 835 Osteotomien aus. „Mit Ausnahme von 8 Fällen heilten alle Wunden per primam int. ohne Eiterung." Von allen Operirten starben 3; Todesursachen: Pneumonie, tuberculöse Meningitis, Diphtherie.

Es erwies sich, dass eine antiseptische Osteotomie ausgeführt werden kann, ohne dass auch bei schlecht aussehenden und schwachen Patienten irgend welche üble Folgen eintreten.

Das in der Uebersetzung 136 Seiten fassende Werk enthält zahlreiche erläuternde Abbildungen. Der eingehenden Besprechung des practischen Theiles wegen entspricht es in hohem Maasse den Bedürfnissen des Privatarztes. *Zimmerlin.*

Der moderne Kaiserschnitt, seine Berechtigung und seine Stellung unter den geburtshülflichen Operationen.

Von *P. Müller*. Berlin, Hirschwald, 1882.

Die Arbeit beginnt mit einer kurzen Einleitung, in welcher die Vortheile, welche Anæsthesie und Antisepsis der operativen Geburtshülfe gebracht haben und die Geschichte der Porrooperation besprochen werden. Der Verf. beschreibt dann zwei von ihm nach dieser Methode behandelte Fälle. Beim ersten schon früher veröffentlichten wurde die Mutter geheilt, die Frucht war abgestorben, das zweite Mal wurden Mutter und Kind gerettet. Er geht dann dazu über, die von den Gegnern des *Porro*'schen Verfahrens gemachten Einwürfe zu widerlegen.

Die Statistiken des alten Kaiserschnitts, die sich in den Lehrbüchern der Geburtshülfe finden, sind unzuverlässig; denn die Zahlen sind meist durch Sammlung einzelner Fälle gewonnen. Auf diese Weise ergibt sich eine zu grosse Anzahl von Heilungen, weil Misserfolge verschwiegen werden. Auch Hospitalberichte sind nicht zu gebrauchen; denn einzelne Städte, z. B. Wien, würden gar keine Heilungen aufzuweisen haben. Die einzig richtigen Resultate erhält man aus Zusammenstellungen von Ländern mit Anzeigepflicht aller geburtshülflichen Operationen. *Müller* bekommt auf diese Weise für Württemberg, das frühere Churfürstenthum Hessen und das frühere Herzogthum Nassau 45 Kaiserschnitte mit 38 Todesfällen und 7 Heilungen oder 85% Mortalität der Mütter. Dem gegenüber kommt man bei der Porrooperation auf ca. 50% Mortalität.

Der zweite Vorwurf, der mit dem ersten eng zusammenhängt, ist der, dass die Anwendung der neueren chirurgischen Hülfsmittel die Exstirpation des Uterus unnöthig mache. Eine Hauptgefahr bildet die Blutung. Während der Operation kann sie sowohl bei der alten als bei der *Porro*'schen Methode vermieden werden dadurch, dass man den Uterus aus der Bauchhöhle hervorwälzt und vor der Eröffnung umschnürt. Führt man die Amputation des Uterus aus, so hat man hauptsächlich bei extraperitonealer Behandlung Nachblutungen wenig zu fürchten, während alle bis jetzt versuchten Uterusnähte keine absolute Sicherheit gegen dieselbe bieten. Ebenso verhält es sich mit der Gefahr einer septischen Infection, die Naht schliesst das Peritonäum nicht vollkommen von der



Uterushöhle ab. Das den Inhalt der Gebärmutter bildende Secret ist nie unbedenklich, oft ausserordentlich giftig. Zudem sind wir nie im Stande, eine beginnende septische Endometritis auszuschliessen. Durch die Entfernung des Uterus verringern wir jedenfalls die Möglichkeit der Infection. Diese kann allerdings auch von der Amputationswunde aus entstehen, wird aber, zumal wenn man nicht versenkt, schwerer zu Allgemeinerkrankung führen. Die Porrooperation vermindert also die Gefahr der Blutung und der Sepsis. Als fernere Vortheile sind zu betrachten die Möglichkeit jeder Zeit zu operiren, wenn die Indication früh genug gestellt werden kann und die bedeutend einfachere Ausführung und kürzere Dauer des Eingriffs.

Darauf werden die Einwendungen besprochen, welche vom ethisch-ärztlichen und moralisch-religiösen Standpunct gegen die Operation geltend gemacht worden sind, sowie die angebliche Möglichkeit eines Conflicts mit den Gesetzen. Es wird darauf hingewiesen, dass der Arzt das Recht und die Pflicht hat, einzelne Organe zu opfern, um das Leben zu erhalten, und dass nicht die Sterilisirung, sondern die Erhaltung des Individuums Zweck der Operation sei. Nach diesem der Berechtigung der Operation gewidmeten Abschnitt kommt die Methode der Ausführung an die Reihe. Diese wiederzugeben würde zu weit führen. Da es sich auch meist um Bekanntes handelt, erscheint dies weniger nöthig.

Daran reiht sich die Besprechung der Stellung, welche die Porrooperation unter den geburtshülflichen Operationen einnimmt resp. einnehmen soll. *Müller* glaubt, dass die Craniotomie einzuschränken sei und dass eine C. V. unter 6,5 cm. den Kaiserschnitt nöthig mache. Bei dieser Gelegenheit kommt er auf die Therapie des engen Beckens überhaupt zu reden. Die künstliche Frühgeburt wird sehr empfohlen und die Indicationen zu derselben ausgedehnt, die Nothwendigkeit des künstlichen Abortus bei absoluter Beckenenge betont und schliesslich die Aufmerksamkeit auf die neuerdings ziemlich guten Resultate der Symphyseotomie gelenkt.

Etwas kurz werden am Schluss die neueren Methoden zur Verbesserung des alten Kaiserschnitts betrachtet. Sie hätten wohl eine eingehendere Berücksichtigung verdient, unter ihnen hauptsächlich die Arbeit von *Kehrer*, der nur eine halbe Seite gewidmet ist; denn gerade die von ihm gemachten Vorschläge, Querschnitt am vordern Umfang des os internum und getrennte Naht von Peritonäum und Muscularis, scheinen geeignet, die Resultate des Kaiserschnitts ohne Exstirpation des Uterus bedeutend zu verbessern und vielleicht die Porrooperation zu verdrängen. *Gönner.*

Methode zur Prüfung des Farbensinnes mit Hülfe des Flor-Contrastes.

Von *Pflüger.* 2. Aufl. Bern, J. Dalp, 1882.

Diese 12 Tafeln bilden die wesentlich verbesserte 2. Auflage der „Tafeln zur Bestimmung der Farbenblindheit", deren Princip s. Z. von Prof. *Pflüger* selbst im Corr.-Bl. genau erörtert worden ist. Ihr Hauptvorzug ist, „dass nicht zwei objective Farben zur Vergleichung kommen, sondern eine objective und eine subjective;" und dass die Probe sehr rasch, unter Umständen auch von einem nicht Sachverständigen vorgenommen werden kann. Neben der *Holmgren*'schen Wollprobe und den in allerletzter Zeit ebenfalls in hoher Vollendung ausgeführten *Stilling*'schen pseudo-isochromatischen Tafeln sind diese *Pflüger*'schen Tafeln ohne Zweifel das einfachste und sicherste Mittel bei Massenprüfungen. Es verdienen daher diese 3 Methoden zur gegenseitigen Controle bei der Prüfung des Eisenbahnpersonals verwendet zu werden. *Hosch.*

Die Staarextraction der ophthalmologischen Klinik in Zürich 1870—1880.

Von *C. v. Muralt.* Dissert. 1881. Zürich, Orell Füssli & Cie. p. 70.

Mit grossem Interesse haben wir diese Dissertation gelesen, die, so viel uns bekannt, zum ersten Male in ausführlicherer Weise die Technik und die Grundsätze mittheilt, welche der Meister in der operativen Augenheilkunde seit Jahren bei seinen Staaroperationen in Anwendung bringt.

Zur Ausführung des Schnittes sticht Prof. *Horner* das Linearmesser 3 mm. unter der Tangente des obern Hornhautumfanges und 1 mm. nach aussen vom Hornhautrande ein. Die Contrapunction geschieht vollkommen symmetrisch. Die Vollendung des Schnittes erfolgt in langsamen, bei Trennung der letzten Cornealbrücke sehr vorsichtigen Zügen,



in überall gleicher Distanz vom Hornhautrande. Es entsteht auf diese Weise ein Schnitt von 12 mm. Basis mit einer Lappenhöhe von höchstens 3 mm., also 4 : 1 (alter Lappenschnitt 2 : 1, *v. Gräfe's* Schnitt 6,9 : 1), wodurch die Heilchancen wesentlich erhöht werden. — Der Schnitt wird immer nach oben gemacht und stets mit einem Conjunctivallappen zur Deckung der Wunde verbunden. — Prof. *Horner* dringt besonders auf gute Reposition der Irisecken, da sonst Iritis und Secundär-Glaucom zu fürchten sind.

Die Narcose wird nur in seltenen Ausnahmsfällen angewendet, da sie in verschiedener Hinsicht störend wirken kann und andererseits die kurze Dauer und relativ geringe Schmerzhaftigkeit der Operation dieselbe entbehrlich machen. (Aehnlich spricht sich *Hasket Derby* in einer kürzlich erschienenen statistischen Arbeit aus. Derselbe bekam ohne Aether 99%, mit Aether nur 91% Heilungen.)

Ueber die von Prof. *Horner* befolgten antiseptischen Maassregeln resp. die antiseptische Prophylaxis wurde bereits gelegentlich eines Referates über seinen Vortrag am internationalen Congress in London gehandelt.

Aus den beigefügten Tabellen ergeben sich

1) für die uncomplicirten frontalen Linearextractionen

a) von 1867—1870: auf 211 Extractionen 14 Verluste = 6,63%,

b) von 1870—1880: auf 737 Extractionen 12 Verluste = 1,63% (worunter 7 primäre Verluste = 0,95%),

c) von 1867—1880: auf 948 Extractionen 26 Verluste = 2,74%,

2) für alle frontalen Linearextractionen ohne und mit Complication, sowie anderweitige Staaroperationen von 1870—1880: auf 877 Extractionen 15 Verluste = 1,71%,

3) für alle frontalen Linearextractionen ohne Complication von 1866—1880 und die frontalen Linearextractionen mit Complicationen und anderweitige Staaroperationen von 1871—1880: auf 1088 Extractionen 29 Verluste = 2,67%.

Für die Zahl der Verluste sind maassgebend

1) die Methode: Lappen- oder Linearextraction,

2) die Art und Weise der Behandlung des Pat. vor, während und nach der Operation (Antisepsis!),

3) die Geschicklichkeit des Operateurs,

4) die individuelle Prädisposition des zu operirenden Auges,

5) äussere Umstände (Klinik, grosses Spital, Verhältnisse der Bevölkerung).

Die Verluste sind bedingt durch

1) directe Infection (vom Auge, von Utensilien und Wartpersonal oder von pathogenen Bacterien ausgehend),

2) Momente, welche durch Bereitung eines der Coccen-Entwicklung günstigen Nährbodens die Infection begünstigen (schlechte Instrumente, undelicate Ausführung der Operation; Alcoholismus, abgelaufene Lues; Glaskörper in der Wunde, reichliche Corticalsubstanz im Pupillargebiet).

Bei normalem Verlauf ist 4—6 Stunden nach der Operation die schmerzhafte Reaction vorüber. Der Verband kann dann 24 Stunden liegen bleiben. Im andern Falle wird er vorher gelüftet und das Auge genau betrachtet.

Bei abnormem Verlaufe kann man primäre, in den ersten 36 Stunden nach der Operation auftretende (Schwellung und Röthung des Conjunctivallappens oder feine gestrichelte Trübung der Hornhaut in radiärer Richtung von der Wunde gegen das Centrum hin haben nichts zu bedeuten, so lange nicht einfache Wundkeratitis oder eigentliche eitrige Keratitis oder primäre acute eitrige Iritis durch Infection hinzutreten) und secundäre, vom 3.—6. Tage sich einstellende Erscheinungen (secundäre eitrige Iritis, herrührend von reichlichen Corticalresten im Pupillargebiet) unterscheiden.

Tritt Wundeiterung ein, so empfiehlt Prof. *H.* zunächst grosse Chinindosen, Wein und Bewegung im Freien. Wichtiger aber ist eine energische locale Behandlung nach den Regeln der Antisepsis: Ausspülen des Conjunctivalsacks mit 2% Carbollösung, Eröffnen der Wunde mit einem aseptisch gemachten Spatel, Entfernung der infiltrirten Corticalis und des vorliegenden Glaskörpers. Dies wird alle 6—12 Stunden wiederholt und nachher jeweilen ein nasser Salicylverband angelegt. Daneben sorge man wo möglich für Ruhe und Schlaf.

Für sämmtliche Verlaufsweisen werden illustrirende Beispiele angeführt.



Glaskörpervorfall kam unter den seit Januar 1876 operirten uncomplicirten Frontalextractionen 13 Mal (3,75%) vor, worunter 4 Mal prognosticirt. Von diesen 13 Augen sind 2 (0,58%) verloren gegangen. Die schlimmen Verlaufsweisen nach Glaskörpervorfall werden allgemein abgeleitet von Infiltration des vor und in der Wunde befindlichen Glaskörperstreifens aus dem Conjunctivalgebiet. Darum ist hier sorgfältige Antisepsis von so grosser Wichtigkeit.

Sympathische Iritis und Iridocyclitis wurde unter 948 Frontalextractionen nur 2 Mal, seit 1873 überhaupt nicht mehr beobachtet. Dieses seltene Auftreten wird dem weniger peripheren Schnitt resp. der Vermeidung des corpus ciliare, der stets genauen Reduction der Irisecken, dem Weglassen des Atropins vor und am Tage nach der Operation und der Art der Kapseleröffnung, welche Kapseleinklemmung und -einheilung unmöglich macht, zugeschrieben. *Hosch.*

Die Wellenbewegung elastischer Röhren und der Arterienpuls des Menschen.

Sphygmographisch untersucht von Dr. *H. Grashey*, Director der Irrenanstalt in Deggendorf. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1881.

Verf. behandelt sein Thema in 2 Abtheilungen. Zuerst untersucht und prüft er auf experimentellem Wege den verbesserten *Marey*'schen Sphygmographen, sodann die Gesetze der Wellenbewegung elastischer Röhren. Am Schlusse dieses I. physicalischen Theils kritisirt er die Erklärungen dieser Vorgänge von Seiten anderer Autoren, die nach gleicher Methode den Gegenstand bearbeitet hatten, wie *Möns*, *Landois*, *Sommerbrodt*. Im II. physiologischen Theile werden auf Grund der Ergebnisse des I. Theils die menschlichen Pulscurven analysirt und erklärt. Die 206 S. lange und mit 237 Abbildungen versehene Abhandlung, die sich vielfach polemisch verhält, wird nicht nur von Jedem, der sich mit sphygmographischen Untersuchungen, sondern auch nur mit dem menschlichen Pulse überhaupt beschäftigt, mit Nutzen und Interesse gelesen werden. Inwieferne die Behauptungen des Verf. gegenüber denen seiner Vorgänger richtig sind, lässt sich ohne experimentelle Nachprüfung der Thatsachen nicht sicher entscheiden; so viel ist aber durch die einfache Lecture der Schrift ersichtlich, dass die Pulslehre durch sie eine tüchtige und fruchtbare Verarbeitung gefunden hat, für die man dem Verf. Dank schuldet.

L. W.

L'année médicale

(4me année 1881) sous la direction du Dr. *Bourneville* in 18° — 450 p. Paris, Plon. 1882.

Malgré bien des lacunes et bien des omissions cette nouvelle année de l'utile publication entreprise par le Dr. *Bourneville* est certainement supérieure et beaucoup plus complète que les précédentes. Encore quelques efforts et ce recueil annuel sera le bienvenu des praticiens. Nous concevons les difficultés des rédacteurs de ce volume qui embrasse dans quatre à cinq cents pages toutes les branches de la médecine et qui cherche à mettre le lecteur au courant des meilleurs travaux de la littérature médicale publiés pendant l'année. — Remarquons cependant que l'équilibre entre les divers chapitres est mieux compris que l'année dernière. — A part la thérapeutique et l'hygiène qui sont décidément par trop sacrifiées, les autres parties sont bien traitées, particulièrement la chirurgie, l'ophthalmologie et l'obstétrique.

Enfin nous saluons avec plaisir une innovation qui nous a vivement intéressé, nous voulons parler de la nécrologie médicale, fort incomplète, il est vrai, pour les médecins étrangers à la France. Ainsi on ne trouve pas un mot sur les travaux de *Pirogoff* († le 5 Déc. 1881) tandis qu'on nous apprend qu'un certain Dr. *Barrada*, professeur à Mexico, fut le promoteur d'une loi sur l'enseignement public en vigueur aujourd'hui au Mexique! Parmi les morts illustres du corps médical français nous citerons: le Dr. *Canquoin*, âgé de 86 ans, qui a attaché son nom à la découverte de la pâte caustique au chlorure de zinc; *Littré* (80 ans), un des hommes les plus éminents du XIXme siècle, empêché par les circonstances de se faire recevoir docteur, mais qui n'a jamais cessé d'être médecin. Il soignait gratuitement les malheureux et se tenait toujours à la disposition des pauvres qui habitaient au voisinage de sa maison de campagne; c'était de „l'exercice illégal" de la médecine, mais personne n'a jamais osé lui en faire des reproches; *Bouillaud*, né le

12 Sept. 1796, bien connu par son traité du rhumatisme et celui des maladies du cœur, plus connu encore par ses saignées coup sur coup dans le traitement de la pneumonie. A propos de *Bouillaud* il nous revient à la mémoire un discours d'ouverture que nous lui avons entendu prononcer en Novembre 1864 à sa clinique lors de la reprise des cours d'hiver. — „Messieurs", nous disait-il, „il m'arrivera parfois dans ces conférences de vous parler des travaux de nos devanciers, des illustrations françaises, mais si jamais je vous cite les anglais ou les allemands ce sera pour les battre comme nous en avons l'habitude!!" On le voit, *Bouillaud* était un vrai représentant de l'ancien chauvinisme français.

Cette partie nécrologique de l'année médicale nous paraît donc une heureuse innovation et nous souhaiterions qu'elle fût plus complète. Il faut savoir honorer ses morts et à cette occasion nous terminerons par un vœu, c'est qu'il serait bien désirable que le Corr.-Blatt nous donnât chaque année une nécrologie des médecins suisses en récapitulant brièvement la vie et les travaux de nos confrères morts à leur poste de combat dans les divers cantons. Dr. *Ladame.*

Clinical lectures on diseases of the urinary organs

by Sir *Henry Thompson.* 6. Aufl. London, 1882. 175 S. Preis $^1/_2$ Crown.

Die neue Auflage des so bekannten *Thompson*'schen Werkes reiht sich ihren Vorgängern würdig an. Die Hauptbereicherung hat sie erfahren durch die Litholapaxy nach *Bigelow*, die in *Th.* einen warmen Vertheidiger gefunden hat. Das durch seinen Weltruf dem Verf. zuströmende grossartige Material gab ihm natürlich die beste Gelegenheit, die neue Operationsmethode auf ihre Verlässlichkeit zu prüfen und die damit erzielten Resultate den bisherigen vergleichend an die Seite zu stellen. Letztere sprechen auch unbedingt zu Gunsten der *Bigelow*'schen Operation, die *Th.* am liebsten „Lithotripsie in einer Sitzung" nennt („Lithotrity at one sitting"). Er wandte dieselbe im Ganzen bei 112 Pat. (durchschnittliches Alter 62$^1/_2$ Jahre) in den letzten 3$^1/_2$ Jahren an. Dabei handelte es sich um harnsaure Steine bei 64 Pat.; um oxalsaure bei 4, um Phosphatsteine bei 30 und um gemischte Steine bei 14. Von den 112 in einer Sitzung operirten Pat. starben blos 3, d. h. 2,68%, während das Mortalitätsprocent der gewöhnlichen Lithotripsie aus 400 Fällen berechnet 7$^1/_2$ betrug.

Verf. stellt folgende Indicationen für die neue Operationsmethode auf: Anfänger sollten sie bei mässig grossen harten Steinen in Anwendung ziehen, für grosse harte Steine bleibt die Lithotomie in ihrem Rechte. Ueber 30 grmm. schwere harte Steine dürfen nur von geübten Händen nach *Bigelow* operirt werden. Die weichen Phosphatsteine sind dagegen fast ausnahmslos für die neue Methode geeignet. *Kaufmann.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Zweien befreundeten Collegen, die im letzten Jahre zur Ruhe gebettet wurden, möge mir erlaubt sein, an dieser Stelle ein Zeichen der Erinnerung anzubringen. *Eugen Scherer* von St. Gallen starb am 12. Mai 1882 in Neuenstadt; *August Fetscherin* von Bern am 18. September zu Zäziwyl im Emmenthal. Bald werden die ersten Blumen ihren Gräbern entspriessen; mögen diese Zeilen darum nicht als gleichgültige aufgefasst werden!

Scherer, dessen Vater vor wenigen Jahren als Arzt hochbetagt starb, studirte in Freiburg, München und Bern, bekleidete ein Jahr lang eine Assistenzarztstelle in Münsterlingen und liess sich im Frühjahr 1874 selbstständig in Mett bei Biel nieder. Hier übernahm er die von *Finkbeiner* sen. gegründete und von dessen ebenfalls verstorbenem Sohne fortgeführte Privat-Irrenanstalt im „Schlössli" und besorgte nebenbei eine ausgedehnte Praxis in den umliegenden Dörfern. Ueberall war er gern gesehen und ob seiner ernsten und tüchtigen Pflichterfüllung hochgeachtet. Es war nur ein Bedauern, als er nach siebenjährigem Aufenthalte Mett verliess, um sein Heim 1880 auf Neuenburgerboden zu suchen, woselbst er das „Asyle Bellevue" jenseits der Berner Grenze bei Neuenstadt als ein Werk seltener Energie und bemerkenswerther Einsicht neu gegründet hatte. Der ärztliche Bezirksverein des Seelandes machte diesem Etablissemente im Herbst 1880 einen



Besuch und war überrascht, dort am sanften Abhange des Rebhügels, mit freiem Blicke auf den vorliegenden See und die fernern Alpen eine neue Anstalt anzutreffen, welche mit 22 Krankenzimmern und den wünschenswerthen Dependenzen Alles bietet, was neuere Anschauungen anch auf diesem Gebiete der Hygieine als nothwendig hingestellt haben. Nicht lange konnte *Scherer* die wohlverdienten Früchte seiner rastlosen Arbeit selber geniessen; er erlag einer Pneumonie, der ein altes Herzleiden nicht mehr gewachsen war, nach wenigen Tagen, nur 37 Jahre alt, betrauert von Vielen, denen er ein gewissenhafter Arzt war, nicht am wenigsten von seinen Freunden, die ihm wegen seines geraden Sinnes und freundlichen Wesens eine herzliche Erinnerung bewahren werden.

Aug. Fetscherin, geboren am 28. März 1849 zu Koppigen, kam als Sohn eines stadtbernischen Pfarrers schon in früher Jugend in das dortige Waisenhaus, durchlief dann das Gymnasium, ging 1868 auf die Zürcher Hochschule, später nach Bern zurück, absolvirte nach fleissiger Arbeit das Staatsexamen im Jahre 1871 und wurde gleich nachher als Assistenzarzt in die Waldau engagirt. Seine Studien schloss er mit einem mehrmonatlichen Aufenthalte in Wien und Berlin und liess sich im Frühjahr 1873 zu Zäziwyl nieder. In Kurzem hatte er einen der ausgedehntesten Wirkungskreise um sich, die wohl ein unverdrossener und rüstiger Mann mit jungen Jahren zu bewältigen vermag. Die Gründung der Krankenanstalt in dem benachbarten Grosshöchstetten war namentlich sein Verdienst. Und wenn er aus seiner ruhelosen Arbeit einmal heraustrat, so war sein Gang an die Versammlung einer ärztlichen Gesellschaft, oder in's frische frohe Soldatenleben, aus dem er die nothwendige Erholung schöpfte, dem er aber auch mit Leib und Seele zugethan war, wie's keinem Jüngern unter uns übel ansteht. Auf Neujahr 1881 avancirte er, 32 Jahre alt, zum Major und wurde Chef des 4. Feldlazareths: er hatte es wohl verdient und wäre noch lange als Muster eines diensttüchtigen Officiers dagestanden, wenn nicht der Tod auch diesem Leben ein jähes Ende bereitet hätte, — mit ihm erlosch eine aufrichtige treue Seele; uns, seinen Freunden aber, wird das Andenken an *August Fetscherin* unvergesslich sein.

Biel, im März 1873. Dr. *Moll.*

Glarus. 65. Versammlung der schweizerischen naturforschenden Gesellschaft im Bade Stachelberg bei Linthal vom 12.—14. September 1882. [1])

Der grössere Theil der Naturforscher rückte schon den 11. September Nachmittags in das sehr schön decorirte Bad ein; der Empfang war ein sehr freundlicher. Der schöne Abend wurde benützt, um die Quelle des Bades, die $1/2$ Stunde über dem letztern entfernt liegt, zu besuchen. Der Weg dahin ist ziemlich steil. Die stark schwefelhaltige Quelle fliesst nur spärlich; das Wasser zum Trinken wird daselbst abgezapft und der übrige Theil durch hölzerne Röhren zum Bade geleitet. — Die Badeeinrichtungen entsprechen den neuesten Anforderungen. Die Lage desselben, sowie die Spaziergänge rings herum sind sehr hübsch; grossartig ist die Aussicht auf das Linthal, den Freiberg, den Hausstock, den Selbstsanft und die Biferten. Stachelberg bietet in jeder Beziehung einen sehr angenehmen Aufenthalt.

Den 12. September Vormittags fand die Hauptversammlung statt unter der tüchtigen Leitung des Jahrespräsidenten, Herrn Dr. *König*, der dieselbe mit einem interessanten Vortrag über die Culturentwicklung des Glarnerlandes eröffnete. Wir reproduciren aus demselben die nachfolgende, uns specieller berührende Stelle.

„Wir haben nun allerdings einzelner Vorgänge zu erwähnen, welche zu den Fortschritten zu zählen wir uns nicht entschliessen können.

Das Vorgehen der Landsgemeinde: Das Ueberbordwerfen einer anständigen Sanitätsordnung durch die Freigebung der ärztlichen Praxis, dann das Ausdertaufeheben eines Gesetzes gegen den Impfzwang, konnten der Mann der Wissenschaft und der ernste Gebildete nur mit mitleidigem Achselzucken vernehmen.

Wir wüssten heute weniger vom Untergange der durch die Freigebung der ärztlichen Praxis in ihren Interessen bedrohten „privilegirten Kaste“, als von schweren Schädigungen der irregeführten Menge zu berichten.

[1]) Der Bericht erscheint erst heute, weil ein zweites uns zugesagtes, eingehender wissenschaftliches Protocoll, das wir mit dem vorliegenden combiniren wollten, ausblieb. Wir warteten auf den officiellen Rapport, der soeben erschienen ist, aber über die Verhandlungen der zoologisch-anatomisch-medicinischen Section nur ganz aphoristisch berichtet. Die Redact.



Der verflossene 30. Juli, die Verwerfung des eidg. Seuchengesetzes, war zwar die eidg. Glorification des Glarnergesetzes, immerhin aber nur eine Vergewaltigung, kein Sieg.

Trotzdem sehen wir, unentwegt für die gute Sache einstehend, einen Congress für Hygieine und Demographie auf Schweizerboden tagen, eine Leuchte allen Denjenigen, welche, muthig einem edlen Ziele zustrebend, nicht im Beifall der Masse, sondern im Bewusstsein treuer Pflichterfüllung Befriedigung suchen und finden."

Prof. *Forel* sprach über die Vermessungen und Beobachtungen am Rhonegletscher; er wies überzeugend nach, dass derselbe, sowie die meisten andern Gletscher seit vielen Jahren sowohl in der Länge, Breite, als auch in der Tiefe abnehmen.

Prof. *Heim* hielt einen Vortrag über die Erdbeben in der Schweiz in den zwei letzten Jahren und Herr Dr. *Keller* einen solchen über die Fauna des Suezcanales und deren Wanderungen.

Nach dem Banket, das in jeder Beziehung sehr gelungen war, wurde ein Spaziergang zu den prächtigen Wasserfällen des Fätsch- und Schreienbaches und zur Pantenbrücke unternommen. Dabei hatten wir Gelegenheit, die Grossartigkeit des südlichsten Theiles des Linthales zu bewundern.

Den 13. September versammelten sich die Theilnehmer des Festes in Sectionen. Die Mediciner schlossen sich unter dem gewandten Präsidium von Herrn Prof. *His* in Leipzig den Anatomen, Physiologen und Zoologen an. Dr. med. *Fritsche* in Glarus führte einen Mann aus Elm mit sog. Riesenwuchs vor, der früher über zwei Meter lang war, leider aber durch Osteomalacie an einer sehr fortgeschrittenen Kyphose litt. An demselben fielen besonders die 9 cm. langen Ohren, der 13 cm. lange Unterkiefer, sowie die ganz besonders stark entwickelten Finger und Zehen auf. Herr Prof. *Virchow* äusserte sich bei diesem Anlasse sehr eingehend und höchst belehrend über die Osteomalacie. Letzterer hielt ausserdem einen Vortrag über einen diluvialen Unterkiefer eines 8jährigen Kindes, der in einer Höhle gefunden worden war; in demselben waren nur die Schneidezähne eingetreten, während die Backenzähne ganz ausblieben. Er hielt diese Abnormität für einen pathologischen Process und nicht etwa als eine Uebergangsstufe nach *Darwin*. Prof. *His* referirte über die Entwicklung menschlicher Embryonen, speciell die mechanischen Vorgänge bei der Krümmung des embryonalen Körpers, sowie über die Entstehung des äussern Ohres. Er machte dabei die Beobachtung, dass von den vielen, ihm von allen Seiten zugeschickten Embryonen die meisten verunstaltet und lebensunfähig waren.

In einer längeren Auseinandersetzung berichtete Herr Prof. *Kollmann* über seine neuern Forschungen in Beziehung auf die Doppelnatur des excretorischen Apparates bei Cranioten und Prof. *Herzen* (Lausanne) über die Resultate seiner Versuche, welche die Hypothese von *Schiff* bestätigen, dass die Milz sich an der Production der Fermente des Pancreas betheilige. Es folgten noch einige nicht medicinische Vorträge.

Die naturforschende Gesellschaft wurde durch die Anwesenheit der Rathsherren *Mercier*, *Marti* und *Zweifel*, sowie der auswärtigen Gäste Proff. *Rud. Virchow*, *W. His*, *Vilanova* (Madrid), *Lory* (Grenoble), DDr. *Sachse* (Strassburg), *Rothpletz* (München), *Gotschan* (Würzburg) und Ingenieur *de Loriol* (Lyon) hoch geehrt.

Für den Regentag entschädigten sich die Naturforscher am Abend durch sehr gemüthliches Beisammensein. Die Glarnermusik und der Gesangverein von Linthal erwarben sich durch ihre Productionen unsern besten Dank und steigerten die Gemüthlichkeit ungemein.

Auf sehr zuvorkommende Weise wurde den 14. September bei prachtvoller Witterung ein grosser Theil der Theilnehmer von den Herren von Glarus und Umgebung in vielen Droschken auf der sehr schön angelegten Strasse durch das Sernftthal nach Elm geführt. Unter der fachkundigen Leitung von Herrn Prof. *Heim*, der unverdrossen sich alle Mühe gab, über den ganzen Vorgang Mittheilung zu machen, begingen wir das Trümmerfeld des Bergsturzes von Elm. Auf alle Besucher machte die furchtbare Catastrophe einen überwältigenden Eindruck.

Auf der Heimreise wurde noch das neue Spital in Glarus besucht. Dieses imponirt durch seine Grösse, seine ausgezeichnete Einrichtung und seine prachtvolle Lage.

Niederbipp. Dr. *J. Reber*.



St. Gallen. Dr. *Johannes Zürcher* in Bühler, Ct. Appenzell A. Rh. †. „Gott befohlen; wir werden deiner in Freundschaft gedenken!“ rufen wir dem alten Collegen nach, der im Schmucke seiner Silberhaare, eine freundliche aufrechte Gestalt, noch vor wenigen Wochen unter uns gewandelt ist. Sein Leichengeleite war gross und die Thränen vieler Frauen galten ihrem alt bewährten Freunde und Helfer in der bittersten Noth.

Der Verstorbene war ein „alter Doctor“ im besten Sinne des Wortes, ein stiller rastloser Arbeiter in seinem humanitären Berufe. Sein Vater war Arzt und einer seiner Söhne ist es wieder; er war eine jener glücklichen Persönlichkeiten, in welchen Beruf, Confession und Politik ganz selbstverständlich in ein Eines zusammenfallen. Geboren zu Bühler den 14. August 1817, genoss er dort die öffentliche Schule und reichlichen Privatunterricht; 1833 kam er nach Wädenschwyl zu einem Arzte „in die Lehre“ und 1835 bezog er die Hochschule Zürich und war ein äusserst fleissiger Hörer und Practikant bei *Oswald Heer*, bei *Lœwig* und bei *Arnold.* Ganz besonders wurde der poetisch angelegte Jüngling von *Oken*'s Vorträgen hingerissen und er schloss sich für sein ganzes Leben einer idealistischen Richtung an, welche in den vorzugsweise so genannten deutschen Classikern reiche Nahrung fand. Nach Zürich besuchte er Freiburg i. B. — *Baumgärtner*, *Werber* und *Henke*, vor Allen aber war *Schwörer* sein Mann, der Geburtshelfer, dessen treuer Jünger er durch Jahrzehnte werden sollte. Im entlegenen Berghäuschen wie im schmucken Hause des Fabrikanten war er der hochgeschätzte Arzt, Berather und Hausfreund, knapp in Worten und unerschöpflich in der Gutmüthigkeit. So ging es von 1839—1883, ohne Triumphe und ohne Niederlagen, im geordneten Gange eines ärztlichen Stilllebens, welches auch durch Schicksalsschläge nicht zerstört wurde. Im Jahre 1844 zog er sich bei Behandlung einer schweren Localepidemie ebenfalls seinen Typhus zu, allmälig erkrankte auch seine ganze Familie und seine Frau starb. Drei Jahre später brachte er aus dem Sonderbundsfeldzuge den Verlobungsring von einer gemüthvollen Zürcherin mit, die dann sein berufliches und gemüthliches Leben verständnissvoll förderte und die Mutter trefflicher Kinder wurde. Die Sorgfalt, welche er auf die zeitgemässe Ausbildung seines Medicin studirenden Sohnes verwandte und die Andacht, mit welcher der einer ganz andern Zeit angehörige Mann die jetzige Art zu lernen und zu practiciren auffasste, war bezeichnend für den stillen Legitimen, der im Lande der nunmehrigen Pfuscherfreiheit all' der Reclame und dem colossalen Selbstbewusstsein der Phantasten nur staunend zuschauen konnte. Im Januar hatte er eine schwere Entbindung geleitet und bei den Tractionen oder bei dem holperigen Heimweg seine Gedärme beschädigt; er erkrankte und starb nach 10 Tagen an Peritonitis ex perforatione processus vermiformis, der Concremente enthielt. Würdig, wie er gelebt, hat er gelitten und ist er gestorben. *S.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Bibliographie. Dissertationen der medicinischen Facultäten** im Jahre 1882.

Basel: 1) *Eugen Bischoff* von Basel, Beiträge zur diuretischen und diaphoretischen Behandlung der parenchymatösen Nephritis.

2) *Anton Schwendt* von Basel, Ueber Orbitalphlegmone mit consecutiver Erblindung.

3) *Adolph Ammann* von Ermatingen (Thurgau), Beiträge zur normalen und zur pathologischen Anatomie der Thymusdrüse.

4) *Wilhelm Reinhard* aus Preussen, Vorderkammerdruck und Substanzverluste der Cornea unter Atropin und Eserin.

5) *Peter Heffty* von Schwanden (Glarus), Ein Beitrag zur Therapie der Rachendiphtherie.

6) *Georgios Oikonomidis* aus Macedonien, Ueber chronische Bronchialdrüsenaffectionen und ihre Folgen.

7) *Franz Zimmerlin* von Zofingen, Ueber Blutungen nach Tracheotomie.

8) *Heinrich Wild* von Wyhlen (Thurgau), Ueber 3 Fälle von ungewöhnlicher sympathischer Ophthalmie.



9) *Alfred Bessard* de Salavant (Vaud), Contributions à l'étude des procédés opératoires employés dans les névralgies du Trijumeau.

10) *Armand de Watteville* de Berne, De l'Electrotonus des nerfs moteurs et sensitifs chez l'homme.

11) *Otto Bösch* von St. Gallen, Beiträge zur Eclampsia puerperalis.

12) *Leo Steiner* von Leuk (Wallis), Zur pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes.

13) *Friedrich Siebenmann* von Aarau, Die Fadenpilze Aspergillus flavus, niger, fumigalus, Eurotinus repens (aspergillus glaucus) und ihre Beziehungen zur Otomykosis aspergillina.

14) *Armin Isaak* aus dem Aargau, Statistische Zusammenstellung der chronischen fungös-eitrigen Gelenkentzündungen im aargauischen Cantonsspitale Königsfelden 1870 bis 1881.

Bern: 1) *Peter Cramer* von Groningen (Holland), Ueber den Einfluss wiederholter Schwangerschaften auf die Prognose der Geburt bei verengtem Becken.

2) *Carl Cordey* von Lutry (Waadt), Ueber den Einfluss wiederholter Schwangerschaften auf die Prognose der Geburt bei normalem Becken.

3) *Franz Boillat* von Solothurn, Beiträge zur Lehre von der Antisepsis.

4) *Maximin Vallat* von Pruntrut, Ueber fibrinöse Degeneration in den Tuberkeln.

5) *Alexander Cholinsky* von Melitopol, Ueber Nierencysten.

6) *Alfred Wilhelm* von Courtedoux, Beckenmessungen an weiblichen Leichen.

7) *Waldemar Dorfmann* von Otschakoff, Die Kiefermusculatur der Wirbelthiere.

8) *Hans Zehender* von Baden, Beitrag zur Coxitisbehandlung.

9) *F. Caumont* aus Waadt, Die Behandlung chronischer Gelenkentzündungen an den untern Extremitäten mit und ohne Resection, unter specieller Berücksichtigung des definitiven Endresultats.

10) *Joseph v. Werra* von Leuk, Ueber die Folgen des vorübergehenden und dauernden Verschlusses der Nierenarterien.

Genf: 1) *Jules Robert Comte* de Fribourg, De l'emploi de l'éther sulfurique à la clinique chirurgicale de Genève.

2) *Ivan H. Michaloff* (Bulgarie), Contribution à l'étude de l'enchondrome avec métastases.

3) *Henri Martin* de Vevey, Recherches anatomo-pathologiques sur les inflammations métastatiques suppuratives à la suite de la gonorrhée.

4) *Lucien Wintzenried* d'Aigle, Recherches expérimentales relatives à l'action physiologique de la brucine.

5) *Olga Gortinsky* (Russie), Sur la durée de l'excitabilité des nerfs après la séparation de leurs centres nutritifs.

Zürich: 1) *Eduard v. Werdt* von Bern, Ueber den Einfluss des Geburtsactes auf die Herzthätigkeit des Fœtus.

2) *Hermann Huber* von Uesslingen (Thurgau), Klinische Beiträge zur Lehre von den Orbitaltumoren.

3) *Hugo Borchers* von Hildesheim (Preussen), Die subcutanen Osteotomien des Kinderspitales Zürich (Eleonorenstift) während der Jahre 1876—1881.

4) *Bernhard Becker* von Frankenau (Preussen), Das erste Hundert Croupoperationen im Zürcher Kinderspital 1874—1880.

5) *Hans Brunner* von Diessenhofen (Thurgau), Ueber Chininamaurose.

6) *Justus Fontana* von Buenos-Ayres, Beitrag zur Lehre der Oophoritis chronica.

7) *David Sulzer* von Winterthur (Zürich), Die Iridectomie bei primärem Glaucom.

8) *Wilhelm Schulthess* von Zürich, Beiträge zur Anatomie von Ankylostoma duodenale.

9) *Edwin Kreis* von Altikon (Zürich), Zur Kenntniss der Medulla oblongata des Vogelhirns.

10) *Friedrich Honegger* von Zürich, Beiträge zur Kenntniss der degenerativen und entzündlichen Veränderungen der Intima des Herzens und der grossen Gefässstämme.

Basel. Tuberkelbacillen. Bei einem Patienten, der in diabetischem Coma (Zuckergehalt des Harnes 8%) auf die Basler medicinische Klinik verbracht wurde, zugleich auch an Phthise litt und wenige Stunden nach seiner Aufnahme starb, fanden die Herren Prof. Dr. *Immermann* und Assistenzarzt Dr. *L. Rütimeyer* im Caverneninhalte unzweifelhafte ziemlich reichliche Tuberkelbacillen vor. Im Hinblick auf die Ansicht *Legden*'s,



der der diabetischen Lungenphthise mehr eine klinisch wie pathologisch-anatomisch gesonderte Stellung einräumt, gelangen die Verf. nach ihrem Befund mehr zur Anschauung, dass je häufiger in analogen Fällen Tuberkelbacillen sollten gefunden werden, desto sicherer die ätiologische Identität der diabetischen und der vulgären Lungenphthise anzunehmen sei, sowie dass die diabetische Constitutionsanomalie einen höchst günstigen Nährboden für Haftung, bez. Entwicklung der Tuberkelbacillen abgibt.

(Centralbl. f. klin. Med. Nr. 8.)

Zürich. In Uster starb unser liebe College Med. Dr. *Jakob Hess*, Bezirksarzt, erst 38 Jahre alt, mitten in reichem Arbeitsfelde.

Ausland.

— **Allg. deutsche Ausstellung auf dem Gebiete der Hygieine und des Rettungswesens.** Preis-Ausschreiben. 1) Der Ehrenpreis des Königs von Sachsen ist für die beste Lösung der nachfolgenden Preisaufgabe bestimmt: a) Nachweis der gesundheitlichen, gewerblichen, industriellen, landwirthschaftlichen und sonstigen Interessen — einschliesslich der Interessen der Fischerei —, welche in Folge der, theils durch Benutzung der Wasserläufe, theils durch Einführung von Abfallstoffen in dieselben, bedingten Verunreinigungen der fliessenden Wasser geschädigt werden. b) Genaue Darlegung der gegen die verschiedenen Arten der Beeinträchtigung wirksamsten chemischen Mittel, maschinellen Einrichtungen und baulichen Vorkehrungen, unter Nachweis der technischen und öconomischen Ausführbarkeit der gemachten Vorschläge. Zur Erläuterung sind Zeichnungen, Modelle, Präparate erwünscht.

2) Monographische Bearbeitungen einzelner Theile der Gesammtaufgabe sind von der Bewerbung nicht ausgeschlossen. Auch ältere Erfindungen sind zugelassen, wenn für deren Beurtheilung neue Gesichtspuncte eröffnet werden. Die Patentirung eines Verfahrens ist an sich kein Hinderungsgrund für die Bewerbung.

3) Das Preisgericht kann die Abgabe seines Urtheils bis zur Dauer eines Jahres vertagen, falls es besondere Untersuchungen über den practischen Werth eines Verfahrens für erforderlich hält.

4) Die Bewerbung ist international. Die Bewerbungsschriften dürfen in deutscher, englischer oder französischer Sprache abgefasst sein.

Anonyme Einsendungen sind gestattet. Dieselben müssen mit einem Motto versehen und von einem, den Namen des Einsenders enthaltenden versiegelten Umschlag unter dem gleichen Motto begleitet sein. Dem Preisgerichte steht frei, den Umschlag zu öffnen, falls es für erforderlich hält, mit dem Einsender in Verbindung zu treten.

Die Einsendung hat portofrei bis zum 31. December 1884 an Dr. *P. Börner*, Berlin W., Burggrafenstrasse 8, zu erfolgen.

5) Die Einsendungen bleiben Eigenthum der Einsender und sind innerhalb sechs Monaten nach Veröffentlichung des Preisurtheiles zurückzufordern. Die gekrönte Preisschrift muss spätestens in Jahresfrist nach der Preisvertheilung veröffentlicht werden.

6) Die Zusammensetzung des Preisgerichtes erfolgt vor dem Schlusse der hygieinischen Ausstellung durch den leitenden Ausschuss und wird besonders bekannt gemacht werden.

Der Ehrenpreis des Königs von Sachsen besteht in einer silbernen Jardinière, die zu den Objecten der Hygieineausstellung gehören wird.

Ausser diesem Ehrenpreise hat der deutsche Fischereiverein ein Accessit von 600 Mark bewilligt. Ebenso hat der Ausschuss der Hygieineausstellung zwei Accessitpreise von je 300 Mark gewährt.

Der zweite Schriftführer des Ausschusses, Dr. *P. Börner*, Berlin W., Burggrafenstrasse 8, ist bereit, weitere etwa verlangte Auskunft zu ertheilen.

Der Ausschuss der allgem. deutschen Ausstellung auf dem Gebiete der Hygieine und des Rettungswesens, Berlin 1882/83.

Holland. Für die **königl. niederländische Marine** werden ausländische **Aerzte** gesucht.

Reflectanten dürfen das Alter von 40 Jahren nicht überschritten haben und müssen sich schriftlich verpflichten, vier Jahre in der niederländischen Marine zu dienen. Bei einem in Willemsoord am Krankenbette in der Form eines colloquium abzulegenden Examen müssen sie hinlängliche Beweise der Befähigung ablegen. Vom Augenblicke ihrer



Ernennung als temporärer Militärarzt der 2. Classe der Marine treten sie in den Rang der Militärärzte ein. Nach der Eidesleistung erhält der Geworbene eine Gratification von 4000 Gulden — 3 Gulden entsprechen 5 Mark — und tritt in den Genuss des Gehalts, wie solcher für die Militärärzte 2. Classe bei der Marine festgesetzt ist. Im Kriege verwundet, oder bei im Dienste erhaltener Verletzung erhält derselbe Pension. Nach beendeter vierjähriger Dienstzeit erhält der Betreffende abermals eine Gratification von 2000 Mark, und die Regierung will darnach trachten, dass die Herren sich nach Ablauf dieser Zeit wieder im Mutterlande befinden. — Das Gesuch um Eintritt in den niederländischen Dienst muss schriftlich, unter Hinzufügung eines Geburts- oder Taufscheines, angebracht werden. Die Belege wegen absolvirten Examens und Befugniss zur Ausübung der ärztlichen Praxis, eine Bescheinigung, woraus erhellt, dass der Petent in seinem Vaterlande nicht mehr militärdienstpflichtig ist, sowie ein von dem niederländischen Gesandten oder Consul beglaubigtes Leumundattest sind beizufügen und an das Marinedepartement in Haag (Holland) einzureichen.

Oesterreich. Ein weiblicher Arzt. Das Professoren-Collegium der Prager medicinischen Facultät hatte in einer seiner letzten Sitzungen über eine interessante Angelegenheit zu entscheiden. Es ist nämlich ein weiblicher Arzt, Fräulein *Bohuslawa Keck* aus Carolinenthal, welche nach Ablegung der vorgeschriebenen Prüfungen an der Universität in Zürich zum Arzte graduirt worden war, um die Nostrificirung bei der Prager Universität, d. h. um die Ablegung der zur Praxis in Oesterreich nothwendigen Prüfungen eingeschritten. Das Professoren-Collegium beschloss, die Erledigung dieser Frage dem Unterrichtsministerium zur principiellen Entscheidung zu unterbreiten. — Das Ministerium für Cultus und Unterricht hat sich gegen die Nostrificirung ausgesprochen und die Abweisung mit folgenden Motiven begründet: „Die Anerkennung eines im Auslande erworbenen Doctor-Diploms könne nach den bestehenden Vorschriften nur dann ausgesprochen werden, wenn dasselbe unter jenen Vorbedingungen erlangt wurde, wie sie die österreichischen Universitätsgesetze für die inländischen Candidaten festsetzte. Die academischen Bestimmungen, welche für österreichische Studenten gelten, setzen immer zweifellos das männliche Geschlecht voraus, da alle diesbezüglichen Gesetze und Verordnungen nur von „Hörern“ oder von „Studenten“ sprechen; ausserdem bestehe eine Verordnung, wonach weibliche Personen als ordentliche Hörer an einer Hochschule nicht inscribirt werden dürfen. Wenn sonach eine österreichische Staatsbürgerin an einer inländischen Hochschule nicht rechtsgiltig inscribirt werden dürfe, so können auch die an einer ausländischen Hochschule zurückgelegten Studien einer weiblichen Person als zur Erlangung eines Doctorgrades nicht für giltig erkannt werden. Was insbesondere die Nostrification eines Doctor-Diploms der Medicin und die damit verbundene Zulassung zur ärztlichen Praxis betrifft, so wird auf die bestehenden Sanitätsgesetze verwiesen, welche nur männliche Aerzte als zur Ausübung der Praxis geeignet erkennen.“ Gegen diese Entscheidung des Ministeriums steht noch der Recurs an den Verwaltungsgerichtshof offen.

(Oesterr. ärztl. Vereinsztg.)

— **Sublimat gegen Diphtherie.** Angeregt durch die Entdeckung *Koch*'s betreffs der antibacteriellen Eigenschaft des Sublimats wendete Prof. *Kaulich* in Prag dieses Mittel gegen Diphtherie an. Um bei der inneren Verabreichung eine nachtheilige Wirkung auf die Magenschleimhaut auszuschliessen, wurde der Sublimat mit Eidotter verrieben und nebst Syrup etwas Cognac zugesetzt. Die Dosis betrug 0,01—0,02 auf 100,0 pro die. Zur örtlichen Bepinselung der diphtheritischen Auflagerungen auf der Mund-, Rachen- und Nasenschleimhaut wurde eine Lösung von 0,05 bis 0,1 auf 100,0 verwendet und die Einpinselung viermal des Tages bis zweistündlich mit einem voluminösen, weichen Haarpinsel vorgenommen; zur Bepinselung der etwaigen Trachealwunde wurden 0,02 auf 100,0 zum Auswaschen der Trachea 0,05 auf 100,0 und Inhalationen 0,005 auf 1000,0 verwendet. Die Inhalationen wurden nach der Individualität des Falles entweder in längeren Zwischenräumen oder auch stündlich durch 15 Minuten vorgenommen. Statt der Kälte wurde auf den Hals Wärme applicirt, und zwar mittelst des *Leiter*'schen Wärmeregulators der Hals förmlich geheizt. *Kaulich* hat bei dieser Behandlung unter 9 schweren Fällen nur 2 verloren. Derselbe betont, dass nach Einwirkung des Sublimates die Membranen nicht nur keine weitere Ausbreitung gewannen, sondern dass auch die bestehenden sich rasch ablösten, und, was von weit grösserer Tragweite ist, dass in keinem Falle ein

locales Recidiv zu Stande kam, sondern dass sofort eine reine Fläche auftrat, welche in kürzester Frist eine vollständige Regeneration erkennen liess.

(Prag. med. Wochenschr. 1882, Nr. 19 und 20.)

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. Februar bis 10. März 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Morbillen und Rötheln sind aus Kleinbasel mehrere Fälle angemeldet.

Varicellen 6 Anzeigen, meist aus Kleinbasel (15, 9, 7).

Scharlach 21 Erkrankungen (29, 21, 21), wovon 9 in Kleinbasel.

Typhus 7 Erkrankungen (5, 3, 14), wovon 3 im Birsigthal.

Diphtherie und Croup 10 Fälle (15, 13, 13), wovon 6 in Kleinbasel.

Erysipelas 4 Erkrankungen (9, 6, 11).

Pertussis 22 Anzeigen (7, 12, 10), vorherrschend vom Südostplateau und aus Kleinbasel.

Parotitis 1 Fall.

Puerperalfieber 1 Erkrankung auf dem Nordwestplateau.

Von Icterus sind 6 Anzeigen eingelaufen (1, 2, 4), wovon 3 Kinder betreffend, 2 derselben in einem Hause.

Endlich ist ein Variolaverdächtiger, seit 3 Wochen in Basel arbeitender Maurergeselle im kleinen Klingenthale abgesondert worden.

Bibliographisches.

40) *Leyden*, Prof. Dr., Tabes dorsualis. Lex. 8°. 63 S. Wien, Urban & Schwarzenberg.

41) *Wiener Klinik* 1883, Jan.-Febr. Wien, Urban & Schwarzenberg. Inh.: *Ultzmann, R.*, Ueber Pyurie (Eiterharnen) und ihre Behandlung. 60 S.

42) *Kehrer*, Dr. *F. A.*, Ueber den Soorpilz. Eine medicinisch-botanische Studie. 8°. 71 S. Preis Fr. 2. 70. Heidelberg, Carl Winter.

Briefkasten.

In der letzten Nummer, Seite 115, muss es heissen: Actuar: Dr. *Kaufmann.*

Herrn Dr. *E. Keller*, Oberendingen: Besten Dank. — Herrn Dr. *A. Acquint*, Alt St. Johann: Die Photographie des verstorbenen Collegen Dr. *Stieger* für das Vereinsalbum verdanken wir bestens.



Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 7. XIII. Jahrg. 1883. 1. April.

Original-Arbeiten.

Beitrag zur Kenntniss des phonischen Stimmritzenkrampfes.[1])

Ein Fall von Aphonia spastica hysterica.

Von Dr. **Georg Jonquière** in Bern.

Die Aphonia oder Dysphonia spastica scheint bis jetzt äusserst selten beobachtet worden zu sein. Die ersten Fälle beschrieb *Morell Mackenzie* im Jahre 1868. *Schnitzler* machte die Krankheit im Jahre 1875 durch die Beschreibung eines Falles in Deutschland bekannt und nannte sie sehr passend Aphonia spastica.

Die Literatur ist chronologisch geordnet folgende:

Morell Mackenzie, „Hoarseness and loss of voice", second edit. 1868.

Schnitzler, Wiener med. Presse 1875, Nr. 20 und 23. 1 Fall.

Prosser James, Lancet 1879, Nr. 15, „Stammering of the vocal cords." 1 Fall.

Schech, bayr. ärztl. Intelligenzblatt 1879, Nr. 24, „Ueber phonischen Stimmritzenkrampf." 2 Fälle.

Jurasz, deutsches Archiv für klin. Medicin 1880, Bd. 26, S. 156. 1 Fall.

Fritzsche, Berliner klin. Wochenschrift 1880. 6 Fälle.

Nothnagel, Archiv für klin. Medicin 1880, „Ein Fall von coordinat. Stimmritzenkrampf." 1 Fall.

Störk, Klinik der Kehlkopfkrankh. 1880, S. 393, „Coordinationsstörungen".

M. Mackenzie, „Manual of diseases of the throat and nose 1880, Vol. I, S. 492, „Spasm of the tensors of the vocal cords".

Mackenzie & Semon, Deutsche Bearbeitung und wichtige Vervollständigung des vorgenannten Handbuchs.

[1]) Phonisch genannt als Gegensatz zum respiratorischen Spasmus glottidis, welcher fast nur bei kleinen Kindern vorkommt. Er tritt nur bei denjenigen Thätigkeiten des Kehlkopfs ein, bei denen die Sprache oder die Tongebung in Anwendung kommt, also beim Sprechen, Flüstern, Singen, Husten und Lachen.



Hack, Wiener med. Wochenschrift 1882, Nr. 2, 3, 4, 5, „Ueber respiratorischen und phonischen Stimmritzenkrampf.“ 2 Fälle.

Knight & Langmaid, Archives of Laryngology, Vol. III, Nr. 4. S. 370. Referat über 2 Fälle.

French, Archiv. of L. Vol. III, Nr. 2. S. 177. „A case of choked voice due to contraction of the ventricular bands. 1 Fall.

Osann, Würzburger Dissert. 1882. Ein Fall aus *Gerhardt*'s Klinik, nebst Zusammenstellung der 14 deutschen Fälle. 1 Fall.

Nach dieser wohl ziemlich vollständig aufgezählten Literatur wären bis jetzt nur 32 Fälle von Aphonia spastica veröffentlicht worden, wenn man die 13 Fälle dazu rechnet, über welche *Mackenzie* (l. c.) theilweise ohne Einzelbeschreibung berichtet.

Der 33. Fall, den ich hier mittheile, unterscheidet sich von allen übrigen durch einige merkwürdige Eigenschaften. Ich fand ihn auf unserer medic. Universitätsklinik, deren Vorsteher, Herr Prof. *Lichtheim*, die grosse Güte hatte, mir denselben zum Studium und zur Publication zu überlassen.[1])

Er betrifft ein 17jähriges Mädchen vom Lande. Patientin ist mittelgross, hat kräftige Muskulatur und guten Fettpolster und bietet äusserlich den Anblick von blühender Gesundheit dar. Die Schleimhäute sind jedoch blass und der Puls schwach. Das Herz hat etwas dumpfe Töne und ein leichtes, oft verschwindendes Blasen an der Spitze. Die Kranke bekömmt bei geringen Anstrengungen, z. B. beim Ausziehen der Kleider, Herzklopfen und Athemnoth. Die Lungen sind gesund. Das Sprechen ist immer nur ein mehr oder weniger stark gepresstes Flüstern. Auch der Husten und das Lachen sind stets vollkommen tonlos. Fordert man sie zu lautem Sprechen auf, so schöpft sie mehrmals tief Athem, räuspert sich und presst dann erfolglos die Luft in den eigensinnigen Kehlkopf. Sie fühlt dabei etwas Würgen und hat auch sonst das Gefühl von Trockenheit im Halse.

Die Kranke zeigt ferner eine auffallende Lichtscheu. Sie kann das Tageslicht am Fenster nur mit halb zugekniffenen Augen vertragen. Bei directer Beleuchtung weichen die Pupillen heftig nach oben aus. Die Augen sind jedoch nicht im geringsten entzündet. Refractions- und Accommodationsstörungen sind nicht vorhanden. Die Farben werden mit beiden Augen sehr fein unterschieden. Trotz der Lichtscheu zeigt sich der Lichtsinn am Polaroscop (nach *E. Pflüger*) nicht verfeinert.

Die Hautsensibilität ist überall normal. Die Untersuchung der Sexualorgane ergibt ausser mässigem Fluor albus nichts Abnormes, wenn man nicht eine gewisse Druckempfindlichkeit im Hypogastrium auf diese beziehen will. Die Menses sind wässerig und unregelmässig. Die Körpertemperatur zeigte während mehrerer Wochen merkwürdige Fieberschwankungen, für die man keine Ursache fand. Sie ging nicht unter 37,3, stieg gewöhnlich bis 38,3, ausnahmsweise sogar auf 39,0, bei vollkommenem allgemeinem Wohlbefinden.

Alle übrigen Körperfunctionen sind in Ordnung. Das psychische Verhalten ist, abgesehen von leicht erregbarem profusem Lachen, vollkommen richtig, die Intelligenz eher über die Norm entwickelt.

Die Anamnese ergibt Folgendes: Patientin soll im 2. Lebensjahre Gichter gehabt haben, dann aber stets gesund gewesen sein bis zum 15. Jahre. In dieser Zeit, Anfangs Juli 1881, bekam sie eine heftige Angina, nach deren Ablauf sie die gegenwärtige Trockenheit im Halse zurück behielt. In demselben Monate trat die erste Periode ein und wenige Tage später, am 25. Juli, wurde sie plötzlich stimmlos. Dieser Zustand dauerte unverändert dreizehn Monate lang, nach deren Ablauf sie auf der medic. Klinik in Bern, wo sie die letzten fünf Wochen zugebracht hatte, unabhängig von der Therapie

[1]) Ich stellte ihn in der ersten Januarsitzung d. J. des bern. ärztl. Bezirksvereins vor, worüber Referat in Nr. 6 dieses Blattes.



eines Tages plötzlich die normale Stimme wieder bekam. Sie war damals fünf Mal local faradisirt worden, was nicht den geringsten Einfluss auf die Stimme ausübte und hatte innerlich Eisen bekommen. Sie verliess den Spital geheilt Ende August 1882 und behielt eine reine Stimme bis am 23. November, an welchem Tage sie plötzlich von der gegenwärtigen Aphonie befallen wurde, worauf sie sich sofort wieder in der Klinik des Herrn Prof. *Lichtheim* aufnehmen liess. Die Menses sind seit ihrem Beginn stets unregelmässig, oft schon nach fünftägiger, oft erst nach fünfwöchiger Pause aufgetreten.

Ueber die Gesundheitsverhältnisse der Familie ist hervorzuheben, dass die Mutter und ein Bruder seit Langem ebenfalls hochgradig lichtscheu sind, ohne sonst an den Augen zu leiden und dass eine Schwester während sechs Jahren an einem nervösen Erbrechen litt, welches schliesslich durch Homöopathie geheilt wurde.

Nach der Entfaltung des allgemeinen Bildes unserer Patientin befassen wir uns jetzt speciell mit der Untersuchung des Halses und vor Allem des Kehlkopfes. Derselbe ist etwas klein. Der Kehldeckel steht ziemlich geneigt. Die Schleimhäute sind sehr blass. Die Respirationsstellung ist normal. Die Stimmbänder stehen genau symmetrisch weit aus einander und man kann die blass tapezirte Trachea bis zur Bifurcation deutlich verfolgen. Sobald wir E sagen lassen, tritt uns der Mechanismus der Aphonie sehr schön vor Augen. Da springen die Taschenbänder sofort als zwei blasse Wülste hervor und schliessen sich in der Mitte fest an einander, indem sie nur zu hinterst eine kleine Lücke frei lassen, in der man die hintern Enden der Stimmbänder gewöhnlich eine kleine dreieckige, nach hinten offene Spalte bilden sieht. Das Bild ist ähnlich demjenigen, welches *Störk* (l. c.) gibt. Es gelingt nur ausnahmsweise, die Stimmbänder bei den Phonationsversuchen in ihrer ganzen Länge zu sehen, wenn die Taschenbänder etwas später zusammenrücken oder am Schluss der Phonation rascher aus einander weichen als die Stimmbänder. Dann sieht man sehr deutlich, wie diese in ihren vordern zwei Dritttheilen fest an einander gepresst werden, so dass sie unmöglich schwingen können. Noch schöner, indem dann die Taschenbänder gewöhnlich weniger hervortreten, kann man die krampfhafte Action der Stimmbänder beobachten, wenn man das E nur flüstern lässt. Während beim weichen Flüstern im normalen Kehlkopf eine von der Commissur an nach hinten sich gleichmässig erweiternde Spalte entsteht, sieht man hier die Stimmbänder sich ebenfalls fest an einander schmiegen und nur zu hinterst die schon beschriebene kleine Spalte bilden. Die Aryknorpel setzen sich jedoch fest in Juxtaposition, so dass diese Spalte jedenfalls nicht mangelhafter Thätigkeit des Transversus, sondern wohl einer Hyperkinese der Laterales zuzuschreiben ist.

Die Taschenbänder scheinen mir wegen ihrer oben beschriebenen Thätigkeit und der prallen, rundlichen Gestalt, welche sie beim Phoniren zeigen, sich an dem Spasmus mit eigener Musculatur zu betheiligen. Dass sie eine solche, die musc. thyreoarytæn. sup., haben können, geht aus *Hyrtl*'s Anführungen hervor. *Santorini* scheint dieselben oft gesehen zu haben. In keinem der mir bekannten Fälle ist die Combination von Spasmus der Stimm- und der Taschenbänder vorhanden gewesen.

Die Stimmbänder sind leicht catarrhalisch afficirt und oft mit einem fadenziehenden Schleim bedeckt.

Sehen wir uns nach andern Functionsstörungen im Halse um, so gewahren



wir einige auffallende Erscheinungen, welche zwar jetzt stark im Abnehmen begriffen sind, aber noch vor 2 Monaten sehr ausgeprägt waren. Der sehr blasse Gaumen und Rachen zeigten damals stark verminderte Sensibilität. Sie hatten für Sonden von mittlerer Temperatur die Tastempfindung fast ganz verloren. Die Reflexthätigkeit verhielt sich dem entsprechend. Der Temperatursinn war weniger geschwächt. Warme und kalte Metallsonden wurden leicht empfunden. Das Schmerzgefühl schien vollständig erhalten zu sein. Die Sondirung des Kehlkopfs gab stets normale Reaction.

Die Untersuchung des Halses von aussen fördert ein einziges, aber vielleicht nicht unwesentliches Moment zu Tage. Patientin hat nämlich eine ziemlich umfangreiche, tief liegende Struma parenchymatosa. Dieselbe schwillt bei jeder kräftigen Exspiration sowie auch bei den Phonationsversuchen an und tritt von allen Seiten neben der Luftröhre und auch unter dem Brustbein hervor, so dass der Umfang des Halses um 1—1½ cm. zunimmt. Nehmen wir nun auch in unserm Falle eine centrale Nervenstörung an, so dürfen wir doch dieses locale Verhältniss nicht unbeachtet lassen, ja dieses müsste gerade wegen jener zur Geltung kommen.

Es lässt sich jedenfalls physiologisch denken, dass der Druck der anschwellenden Struma auf die Ni. laryngei. inf. auf die Nervenfasern derjenigen Muskeln als Reiz wirkt, welche gleichzeitig von einem überreizten Nervencentrum aus — man denke an die Lichtscheu — zur phonatorischen Thätigkeit angeregt werden und dass so eine für den Phonationsact zu grosse Muskelwirkung entsteht, welche eben den phonischen Spasmus der Stimmbänder ausmacht, während die centrale oder die peripherische Ursache einzeln denselben nicht zu Stande brächten. Es geht aus der kurzen Dauer des vorausgesetzten Druckes von selbst hervor, dass dieser nicht lähmend, sondern reizend auf die betreffenden Nerven wirkt.

Der spastische Charakter des Uebels, das Alter der Kranken, das plötzliche Entstehen und Vergehen, der Mangel an genügenden örtlichen Ursachen, die übrigen nervösen Erscheinungen, die Lichtscheu und die Anæsthesie des Gaumens und Rachens und endlich die offenbare neuropathische Belastung der Familie, die Lichtscheu der Mutter und des Bruders und das nervose Erbrechen der Schwester, liessen leicht vermuthen, dass die vorliegende Aphonia spastica eine hysterische ist. Ich versuchte daher etwas, das ich häufig durch *Charcot* zur Beendigung der hysteroepileptischen Anfälle anwenden sah und das schon vor Jahrhunderten in den Epidemien des *St. Veit* zu Strassburg im Jahre 1438 und des *St. Médard* zu Paris 1727 an den Kranken ausgeübt wurde. Ich drückte nämlich mit der Faust mit allmälig zunehmender Kraft von aussen auf das Hypogastrium nach der Gegend der Ovarien zu, während ich gleichzeitig Vocale aussprechen liess, und siehe da, kaum war ich bei einem gewissen, noch geringen Druck angelangt, so gab Patientin normal klingende Laute von sich, zwar schwach und unter häufigem Athemholen, aber laut genug, dass alle im Zimmer Anwesenden es gut hören konnten. Dieses gelang stets, d. h. fast ausnahmslos, und bald sprach sie während des Druckes ganze Sätze mit normaler Stimme, lachte laut auf, sang mit auffallend reinen glockenhellen Tönen ganze Tonleitern auf- und abwärts und behielt dieses Vermögen noch längere Zeit, selbst stundenlang nach Aufhören des Druckes. Diese Nachwirkung fehlte jedoch anfangs und nahm erst allmälig zu. Die Kranke



lernte es auch bald, den Druck selbst an sich auszuüben und drückt sich nun jedes Mal, wenn sie laut sprechen will, mit einer oder beiden Fäusten unterhalb des Nabels auf den Unterleib. Gleichen Erfolg hat ein zweckmässig angebrachtes Aortencompressorium. Druck auf andere Körperstellen als den Bauch wirkt nicht im geringsten. Dagegen muss hervorgehoben werden, dass er nicht nur am Hypogastrium, sondern oft auch auf das Epigastrium erfolgreich geschieht. Laryngoscopirt man, während die Kranke unter Bauchdruck phonirt, so sieht man jetzt die normale Thätigkeit der Stimmbänder.

Ich lasse es unentschieden, wie wir uns die Druckwirkung vorzustellen haben. Es ist sehr zweifelhaft, ob dabei die Sexualorgane und besonders die Ovarien wesentlichen Antheil nehmen. Der combinirte Druck auf diese wurde nie ausgeführt. Eine sexuelle Erregung ist auch unwahrscheinlich wegen des Erfolges des Selbstdruckes und der Aortenpresse. Eine besondere Wirkung auf das Zwerchfell können wir nicht annehmen, da dieses sich an der Krankheit offenbar nicht betheiligt. Auch fielen Druckversuche in diesem Sinne negativ aus. Wir nennen daher unsere Druckwirkung nur eine von der Haut oder einem andern Organe des Bauches aus durch Druck ausgelöste Reflexwirkung. Die Thatsache sichert jedenfalls die Diagnose einer Aphonia spastica hysterica.

Seit der Anwendung des Druckes ist auch die Lichtscheu geringer geworden. Das Mädchen glaubt, während desselben besser gegen das Licht sehen zu können, was mir jedoch nicht deutlich ist. Es fällt mir allerdings auf, dass sie während der Zeit, wo sie ihre Stimme frei gebrauchen kann, weniger lichtscheu ist als sonst.

Der Wille kömmt bei unserm Spasmus nicht in's Spiel. Denn erstens tritt dieser, wie wir gesehen haben, nicht nur ein, wenn die Patientin sprechen will, sondern auch bei dem reflectorischen Act des Hustens und bei jedem Gelächter. Im Schlafe hörte man sie nie sprechen.

Obschon also die Willensfrage schon von vornherein gelöst war, wurde noch versucht, ob die Kranke vielleicht in der Chloroformnarcose oder in der Hypnose sprechen könne. Die erstere gab kein Resultat, da die Narcose ohne jegliches Excitationsstadium sehr rasch eintrat. Die Hypnose liess uns ebenfalls im Stiche. Sie gelang zwar sehr leicht und Patientin wurde sofort so anæsthetisch, dass man sie nach Belieben mit Stecknadeln stechen konnte. Sobald man jedoch laut zu ihr sprach, erwachte sie; sprach man leise, so antwortete sie nachahmend auch nur leise. Auch andere Versuche liessen sich im hypnotischen Zustande mit ihr nicht anstellen. Die Electricität lieferte nur als centrale Galvanisation ein Ergebniss. So lange diese dauerte, konnte die Kranke laut sprechen, lachen und singen nach Belieben. Sobald man aber damit aufhörte, trat die Stimmlosigkeit wieder ein. Die allgemeine Faradisation und die statische Electricität wurden nicht versucht.

Unterdessen ist nun die vollständige Heilung am 14. Februar, 2 Monate und 3 Wochen nach dem Beginn der Stimmlosigkeit, plötzlich eingetreten. Anfangs Februar hatte die Patientin eine Tracheitis und Laryngitis acuta bekommen, an welche sich eine sehr schmerzhafte Angina mit Fieber von 39—40° und leichtem Belag anschloss. Sie war in dieser Zeit ganz aphonisch. Wenige Tage nach Ablauf des Fiebers, noch vor der vollständigen Heilung der Halsentzündung, verschwand die Aphonie. Das Spiegelbild des Kehlkopfs ist jetzt bei der Phonation vollkommen normal.



Sehr bemerkenswerth ist es, dass der Hals der Patientin, wahrscheinlich in Folge der allgemeinen Körperabnahme während des Fiebers, schlanker geworden ist und dass auch die Struma ohne Jodgebrauch entschieden abgenommen hat. Ganz besonders muss andererseits auch hervorgehoben werden, dass die Lichtscheu ebenfalls jetzt fast vollständig verschwunden ist.

Ich erwähne endlich noch das Factum, dass die erste Aphonie durch eine heftige Angina eingeleitet wurde, während die zweite mit einer solchen abschloss.

Der letzte Vorgang der Heilung hat über den Erfolg der Therapie kein Licht gebracht. Es ist indessen gewiss, dass im Verlauf der Krankheit der Druck auf das Hypogastrium die Stimmlosigkeit unfehlbar und oft für einige Stunden aufhob, während die centrale Galvanisation, welche übrigens nur wenige Male und in der letzten Zeit gar nicht mehr angewandt wurde, nur momentan wirkte. Vergleicht man nun die kurze Dauer der zweiten Aphonie von nicht ganz zwölf Wochen mit der langen Dauer von vollen dreizehn Monaten der ersten Aphonie, wo der Druck nicht zur Anwendung kam, so darf man mit einiger Wahrscheinlichkeit vermuthen, dass der Drucktherapie die Abkürzung der Krankheit zuzuschreiben ist.

Die Prognose ist natürlich quoad recidivum valde dubia.

Ich habe in dieser Abhandlung der Kürze halber die vielen Vergleichungspuncte nicht hervorgehoben, welche unser Fall mit den bekannt gewordenen Fällen von phonischem Stimmritzenkrampf theilt. Eigenthümlich ist demselben jedenfalls die merkwürdige Wirkung der Compression des Unterleibs auf die Stimme und seine hiedurch charakterisirte eminent hysterische Natur.

Bern, im Februar 1883.

Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Präsident: Dr. *O. Haab*. Actuar: Dr. *Kaufmann*.

VII. Sitzung den 3. Februar 1883. [1])

I. Herr Prof. *Krönlein* demonstrirt einen Fall von geheilter Epispadie.

5jähriger Knabe hat eine totale Epispadie. Symphysen normal, nur leicht verbreitert.

Die operative Behandlung begann mit dem Schlusse der Eichelrinne im Wesentlichen nach *Thiersch*, nur wurde eine andere Nahtmethode gewählt. Die Schleimhaut wurde gesondert mit nach innen geknoteten Catgut-Knopfnähten vereinigt. Die angefrischten Partien wurden erst mit Plattennähten und dann noch mit oberflächlichen Knopfnähten in der Mittellinie vereinigt.

In ganz ähnlicher Weise wurde auch die Penisharnröhre gebildet: Seitliche Anfrischung der Harnrinne und Ablösung des an die Anfrischungszone angrenzenden Schleimhautrandes. Isolirte Naht der Schleimhaut mit nach innen geknoteten Catgutnähten, dann Vereinigung der Anfrischungsstreifen mittelst Platten- und oberflächlichen Knopfnähten. 3 Tage blieb der Verweilcatheter.

[1]) Erhalten 8. März 1883.



Die Heilung erfolgte in ganzer Ausdehnung per primam, bis auf eine kleine Fistel am Hinterrande der Eichel, welche nachträglich noch geschlossen wurde.

Jetzt, ein Jahr nach der Operation, kann man in der obern Mittellinie am Penis noch sehr deutlich die Operationsnarbe erkennen. Der Knabe hält den Urin volle 2 Stunden und kann ihn dann in vollem Strahle lassen.

In der Discussion erwähnt Dr. *Kaufmann* die sehr ähnliche Operationsmethode von *Duplay*, welche sich durch die verschiedene Naht (Zapfen- statt Plattennaht) unterscheidet.

II. Dr. *Kerez:* Bericht und Antrag betreffend Sanatorium für rachitische und scrophulöse Kinder.

„In der letzten Sitzung unserer Gesellschaft (Frühjahr 1882) hatte ich die Ehre, Ihnen die italienischen Schulen für rachitische Kinder, speciell jene von Genua, zu schildern.

Ich erlaube mir, Sie kurz daran zu erinnern, dass es sich um Institute handelt, in denen arme Kinder rachitischer Constitution im Alter von ca. 3—10 Jahren unentgeltliche Aufnahme für die Tageszeit finden, dass diese Kinder kräftig genährt werden, den nöthigsten Unterricht erhalten, und eine Behandlung, die in Verabreichung von Roborantien, in Bädern, in gymnastischen Uebungen und so weit nöthig, in Orthopädik besteht. Damals schon hatte ich einige Angaben über ähnliche Bestrebungen in andern Ländern gemacht, heute aber kann ich Ihnen ein ziemlich vollständiges Bild der Leistungen auf diesem Gebiete geben, das ich hauptsächlich den Angaben *Uffelmann*'s in der Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, zum Theil aber auch französischen Arbeiten über die Seehospize und schriftlichen Mittheilungen entnommen habe.

In Italien wurde das erste Seehospiz schon im Jahre 1856 in Viareggio errichtet und seither sind demselben mehr als 20 weitere gefolgt, so dass jedes Departement armen scrophulösen, zum Theil auch rachitischen Kindern die Wohlthat der Meerbäder und des Küstenaufenthaltes in eigenem Hospiz zukommen lassen kann. Daneben existiren in Italien Curspitäler für scrophulöse Kinder in einzelnen Sool- und Thermalbädern für die Behandlung der Rachitis also die schon erwähnten Schulsanatorien, deren es in verschiedenen Städten, in Turin sogar 3 gibt. Das schönste derselben ist dasjenige Mailands, dessen Anlage und Einrichtungen in ingeniöser Weise dem Zwecke angepasst sind.

Wie Sie sehen, hat die italienische Wohlthätigkeit für Bekämpfung der wichtigsten Constitutionsanomalien des heranwachsenden Geschlechtes in einer so vorzüglichen Weise gesorgt, dass dies jenem Volke zu hoher Ehre gereicht.

Von Seehospizen besitzt Frankreich wohl das grossartigste in Berk s. mer, wo 600 Kinder Aufnahme finden. Immerhin ist dadurch nur für die Departements Seine, speciell für Paris, und Seine et Oise gesorgt.

Wenn auch die Anregung, wie in Italien, jedem Departement ein Seehospiz zu errichten, noch lange keine Verwirklichung erlangen dürfte, so sind doch in neuerer Zeit in Nizza und in Cette solche Anstalten entstanden, wo nicht nur scrophulöse, wie in Berk, sondern auch rachitische und überhaupt schwächliche Kinder Erholung finden. In Berk ist ein durch Rothschild für israeli-

tische Kinder errichtetes kleineres Hospiz noch zu erwähnen. Speciell für die scrophulösen Kinder seiner 2 ersten Kinderspitäler hatte Paris schon im Jahre 1859 in Forges les bains eine Curanstalt mit 112 Betten errichtet, sowie später ein ländliches Sanatorium zu Roche-Guyon, wo aber neben den scrophulösen auch reconvalescente Kinder Platz finden.

Dass in England, das in gemeinnützigen Bestrebungen und speciell in der Sorge für Kranke stets excellirte, auch für kränkliche Kinder viel gethan wird, können Sie sich denken. Jedoch finde ich in dem erst erschienenen Guide to the London charities nur eine einzige Anstalt angeführt, die sich ausschliesslich mit scrophulösen Kindern befasst. Es ist dies die bereits 1796 gegründete Royal Seabathing Infirmery and Royal national Hospital for scrofula zu Margate, dagegen ist es sicher, dass rachitische und namentlich scrophulöse Kinder in manchen Anstalten mit Bevorzugung aufgenommen werden, in andern eben als schwächliche und reconvalescente Kinder Unterkommen finden. So bevölkert sich das zum Hospital for Hip-desease gehörende Cottage Home for Convalescents in Bournemouth selbstverständlich wohl fast ganz aus Scrophulösen. Ebenso dürften All saint's Seaside Convalescent Hospital at Eastbourne, sowie die an Seebadeorten befindlichen Curspitäler, die entweder vollständig oder theilweise unentgeltlich aufnehmen, viele rachitische und scrophulöse Kinder unter ihren Insassen zählen.

Die mehr als 30 ländlichen Sanatorien für Kinder (Cottages, homes), sowie das Boarding out system werden ohne Zweifel vielen jener kleinen Armen zu Gute kommen, mit denen wir uns befassen.

Kurz, es ist nicht anzunehmen, dass, weil Weniges ausschliesslich für Scrophulose und Rachitis gethan wird, in England die damit behafteten Kleinen ihrem Schicksal sorglos überlassen werden.

Holland besitzt eine Reihe von Seehospizen für scrophulöse und schwächliche Kinder, worunter besonders jenes von Scheveningen hervorzuheben ist. Ferner besteht eine ländliche Heilanstalt für arme kränkliche Kinder in Zeyst bei Utrecht und die Reconvalescentenanstalt zu Trompenberg nimmt auch schwächliche Kinder auf zu Minimalansätzen.

In Belgien wurde vor circa 2 oder 3 Jahren der Stadt Brüssel eine halbe Million Franken zur Gründung eines Seehospizes vermacht und dürfte solches wohl im Betrieb sein.

Sehen wir uns in Deutschland um, so finden wir dort nicht nur weitgehende, allseitig vertretene und verbreitete Bestrebungen in dieser Richtung, sondern schon so viel practisch Durchgeführtes, dass man wahrlich kaum begreifen kann, dass die dort viel discutirte Frage wenigstens nicht einen Widerhall bei uns gefunden hat. Früher waren es namentlich die Johanniter und der vaterländische Frauenverein, welche sich dieser schönen Aufgabe widmeten; so entstunden nach und nach nicht weniger denn 18 Curspitäler für scrophulöse Kinder in den Soolbädern und mehrere ländliche Sanatorien für kränkliche Kinder, welche theils frei, theils gegen geringes Kostgeld aufnehmen.



Wie Ihnen bekannt, hat sich ein weit verzweigter Verein für Ausnützung der Seeküste gegen Scrophulose und Rachitis gebildet, der bereits mehrere Seehospize errichtet hat. Auch das meerumspülte Dänemark hat durch Anlegung eines grossen Seehospizes zu Refnaës bewiesen, dass es seine Lage zu Nutz und Frommen der kränklichen Jugend auszunutzen weiss.

Von Oesterreich kann dies nur insofern gesagt werden, als die südlichen Gegenden in den benachbarten italienischen Seehospizen hospitiren. Dagegen besitzt es in Hall ein grosses Curspital und die Kaiserstadt für sich ein solches in Baden, beide für scrophulöse Kinder.

Russland endlich, d. h. speciell St. Petersburg, hat in Oranienbaum ein Reconvalescentenhaus, das scrophulöse und schwächliche Kinder aufnimmt.

Von den Amerikanern, d. h. den Vereinigten Staaten, werden Sie es gewiss auch voraussetzen, dass sie dieser wichtigen Frage näher getreten sind; und in der That existiren auch dort Seehospize, von denen einige schwimmend sind.

Sie sehen, verehrteste Herren Collegen, dass beinahe alle Culturstaaten, von denen überhaupt solches zu erwarten ist, dies oder jenes, manche Vielfaches und sogar überraschend Grossartiges gethan haben, um die durch die Cultur selbst zum Theil genährten, gefährlichsten Feinde der jungen Generationen, die Rachitis und die Scrophulose, zu bekämpfen.

Wenden wir uns zu unserm Vaterlande, so können wir rühmend hervorheben, dass die Cantone Tessin und Genf in ihrer excentrischen Lage durch die Bestrebungen der Nachbarländer ebenfalls zu solchen angeregt wurden und bereits sich schöner Erfolge erfreuen, die sie, ersterer am venetianischen Strande, letzterer am französischen Mittelmeerstrande, zu Cette, erreicht haben. Dass aber bei uns, wie in der ganzen übrigen Schweiz, fast jede systematische Bekämpfung der Scrophulose und der Rachitis der Armen bis jetzt mangelt, habe ich im Frühjahr nachgewiesen und müssen wir uns gegenüber unsern Nachbarn damit trösten, dass eine mit dieser sich nicht deckende, aber ihr doch ähnliche Institution, die Feriencolonien, zum Nutzen so vieler kleiner Reconvalescenten von unserer Stadt ihren Ausgang genommen hat.

Schon damals hatte ich aber hervorgehoben, dass 3–4 Wochen Landaufenthalt weder Scrophulose noch Rachitis, ja nicht einmal manche atrophische Zustände zu heilen vermögen, und jetzt möchte ich mir beizufügen erlauben, dass selbst den beinahe doppelt so langen Badesaisons der ospizi marini Italiens gegenüber der Franzose *Love* in einer Brochure für möglichst lange Curzeit bei diesen Constitutionsanomalien plaidirt.

Es bleibt also bei uns noch ziemlich Alles zu thun, während Rachitis und Scrophulose enorm überhand nehmen und Nichts versäumen, die Jugend der dürftigen Classen zu decimiren.

Sie haben, verehrteste Herren Collegen, denn auch im Frühjahr Ihre Geneigtheit, dieser wichtigen Frage practisch näher zu treten, dadurch an den Tag gelegt,



dass Sie Ihren verehrlichen Vorstand beauftragten, die Sache im Verein mit meiner Wenigkeit zu prüfen und Ihnen bezüglichen Antrag zu stellen.

Leider hat die Angelegenheit durch verschiedene Umstände eine Verzögerung erlitten. Heute ist es mir aber möglich, Ihnen einen bestimmten Vorschlag des verehrl. Vorstandes zu unterbreiten.

Es handelt sich darum, die Wahl zu treffen zwischen Seehospiz, Sool- oder Thermalbadhospiz und ländlichen Sanatorien.

Für den Entscheid in dieser wichtigen Frage sollten natürlich die in den verschiedenen Anstalten erlangten Resultate maassgebend sein und will ich daher, was ich darüber in Erfahrung bringen konnte, Ihnen mittheilen; dass den Seehospizen die Palme in der Behandlung von Scrophulose und von Rachitis gebührt, wird Sie kaum wundern.

So hat Berk s. m. durchschnittlich 60% Heilungen und 25% erhebliche Besserungen zu verzeichnen,

Margate in verschiedenen Jahren 54 à 78% Heilungen und 16 à 40% erhebliche Besserungen.

Die italienischen Seehospize erlangen durchschnittlich 47% Besserungen und 50% Heilungen.

Scheveningen soll in den verschiedenen Jahren seines Bestehens 50 à 67% Heilungen und 25 à 40% erhebliche Besserungen erreicht haben.

Ueber die Bäderhospize liegen in dieser Richtung nur spärliche Angaben vor.

Jagstfeld hat durchschnittlich nur 17% vollständiger Heilungen und 64% Besserungen aufzuweisen.

Es muss dieses Resultat aber der kurzen Curzeit zugeschrieben werden, die meistens 4 Wochen, höchstens aber 6 Wochen beträgt.

Durch eine längere Curzeit, nämlich von durchschnittlich 71 Tagen, hat Hall die Heilungen auf 36 à 42% gebracht bei 42 à 52% Besserungen.

Baden bei Wien verzeichnet bei 48 Curtagen durchschnittlich 20% Heilungen und 60% Besserungen.

Bei den Sanatorien ist es eine etwas heikle Sache, sich ein annähernd richtiges Bild von deren Erfolgen zu machen, oder wenigstens sie in dieser Beziehung mit den andern Anstalten zu vergleichen; denn es liegen nur äusserst wenige Berichte darüber vor und das dazu verwendete Material lässt sich nicht sichten.

So nimmt das Augustusbad bei Radeberg eben allgemein bezeichnet schwächliche Kinder auf und ist es für das Resultat gewiss nicht gleichgültig, wie viele rachitische oder scrophulöse darunter sind.

Es weist bei unbekannter Curzeit durchschnittlich 45% Heilungen und 52% Besserungen auf.

Oranienbaum bei Petersburg, wo ein grosser Procentsatz Scrophulöser Aufnahme findet, zählt durchschnittlich 44% Heilungen und 44% Besserungen.

Die speciell der Rachitis sich widmenden italienischen Schulsanatorien haben



in den letzten Jahren eine bedeutende Umwälzung erfahren, die heute, wie es scheint, noch keine statistische Bearbeitung gestattete.

Früher wurden in jene Anstalten nur Kinder von über 3 oder gar 4 Jahren aufgenommen. Schon im letzten Frühjahr machte mir einer der verehrten Herren Collegen die Bemerkung, dass zu dieser Zeit die Rachitis ja meistens abgelaufen sei. Und in der That mühten sich ehemals die rachitischen Schulen mehr damit ab, die Folgen der Rachitis, namentlich die Deformitäten zu heben. Dass letzteres Unternehmen unter Ausschluss operativer Eingriffe keine sehr glänzenden Resultate erreichen konnte, ist leicht einzusehen. So hatte die rachitische Schule in Mailand z. B. im Jahr 1876 bei 34 Behandelten nur 20,5% vollständig geheilt, 52,9% bedeutend (grandemente) und 26,4% mittelmässig gebessert.

Die Anschauungen haben sich nun so geändert, dass die neuern Reglemente für die Aufnahme als obere Altersgrenze das Ende des 2., höchstens dasjenige des 3. Jahres festsetzen. In Folge dessen musste denn auch der Lehr- und der Behandlungsplan bedeutende Modificationen erfahren.

Ueber den Einfluss auf die Resultate fehlen leider noch, wie schon angedeutet, statistische Erhebungen, dagegen soll derselbe nach mündlichen Angaben ein sehr günstiger sein.

So wünschenswerth es nun wäre, unsern schwächlichen Kindern den weit am günstigsten wirkenden Einfluss der Meerbäder und Meerluft zu gewähren, so dürften trotz Gotthard die doch noch weite, ziemlich theure Reise, sowie auch die Sprache der Errichtung eines Seehospizes hinderlich sein.

Die Resultate der Soolbäderhospize sind nicht so ausgezeichnet, dass solche sich nicht durch künstliche Soolbäder in ländlichen Sanatorien bei etwas längerm Aufenthalte leicht erreichen liessen. Zudem würde durch Mehrbedarf an zu bezahlendem Personal sich der Betrieb und wahrscheinlich gleichfalls die Anlage theurer stellen. Auch wäre der Verkehr zwischen Anstalt und unserer Gesellschaft, sowie namentlich den Eltern ein erschwerter und theurer.

Wir glauben daher, Ihnen für den Anfang wenigstens ein ländliches Schulsanatorium vor der Stadt nach Art der italienischen Schulen für Rachitische als das Zweckmässigste empfehlen zu müssen.

Wollte man an weitere Entfernung der Anstalt denken, so hätte wohl, um nichts Halbes zu thun, nur die Wahl eines Ortes mit Höhenklima Sinn, dem die Vorzüge der Immunität gegen Tuberculose und eines bessern Winterklima's zu Statten kämen.

Jedenfalls würde ein solches Project theurer zu stehen kommen und in manchen Beziehungen complicirter sein. Aber es scheint mir am Platze, den Gedanken an eine kleine Filiale des hiesigen Sanatoriums an einem Höhencurorte für spätere Zeiten für solche Kinder im Auge zu behalten, welche besonders disponirt für die tuberculöse Infection scheinen.

Um auf unsern Vorschlag zurück zu kommen, so muss ich eines Bedenkens erwähnen, das Jedem sich aufdrängen wird und das ich auch in Mailand und Genua äusserte. Man sollte nämlich denken, dass der Tageseffect zum Theil wenigstens durch den Aufenthalt der Kinder in ihren alten schlechten Schlafräumen aufgehoben würde.

Die Erfahrung lehrt aber, dass dem nicht so ist; zudem bleiben die Kinder in täglichem Contact mit ihren Eltern, die so nicht etwa in bequemer Weise sich jeder Sorge um ihre Kinder entledigen können, sondern im Gegentheil durch die Anstalt direct und indirect günstig beeinflusst werden.

Wenn nun auch schöne Erfolge bei etwas längerer Curzeit (ich würde ½ Jahr als Norm anempfehlen) mit Bestimmtheit zu erwarten sind, so dürfte es immerhin rathsam sein, einen Schlafsaal für die elendesten Kinder, für die der Transport beschwerlich ist, vorzusehen, dessen Möblirung vorzunehmen wäre, sobald sich eben die Mittel dazu bieten. So möchte ich mir denn erlauben, Ihnen ein detaillirtes Project eines solchen Schulsanatoriums vorzulegen."

Vortragender legt sodann der Gesellschaft die Pläne eines solchen Sanatoriums und einen Kostenvoranschlag für Anlage und Betrieb vor.

Wie er glaubt, könnte man das Anlagecapital leicht durch unverzinsliche Obligationen mit Hypothek auf Haus und Terrain erhalten; für Deckung der jährlichen Betriebskosten wären die verschiedensten Mittel zu wählen und erwähnt Vortragender, dass z. B. in Italien Vereine für rachitische Kinder existiren, wo Jeder für 3 Jahre Mitglied wird, der für diese Zeit je 5 Fr. pro Jahr unterzeichnet, Jeder aber bleibendes Mitglied, der ein Mal wenigstens 100 Fr. bezahlt.

Der Vortragende stellt zum Schlusse folgende Anträge Namens des Vorstandes:

1) Die Gesellschaft möge sich principiell darüber entscheiden, ob sie ein ihr angebotenes Legat von Fr. 10,000 annehmen wolle zum Zwecke der Errichtung einer Anstalt für rachitische, scrophulöse und atrophische Kinder, zugleich letzterer ihre Protection und ihre ausschliessliche Beaufsichtigung zusichernd.

2) Im bejahenden Falle eine mehrgliedrige Commission zu ernennen, die die Sache an die Hand zu nehmen und vor Schluss des Wintersemesters ein definitives Project vorzulegen hätte.

Endlich erinnerte Vortragender daran, dass in neuester Zeit die Bemühungen unseres Standes, auf dem Wege der Gesetzgebung für das Volkswohl zu sorgen, durch bittere Enttäuschungen belohnt wurden. Es wäre nun nicht würdig unseres Standes, durch solche Erfahrungen sich in seinen Ueberzeugungen und Bestrebungen beirren zu lassen, aber gewiss momentan dankbarer, auf andere Wege zu sinnen. Wie ihm nun scheint, sollten Privat- und Vereinsthätigkeit sich mehr und mehr an der grossen Aufgabe betheiligen, das sociale Elend der armen Classen durch hygieinische Maassnahmen und sanitarische Unternehmungen zu lindern.

Vor Allem aber dürften die gebrechlichen Kinder, die ja keine Schuld an der Sünde ihrer Väter tragen, mehr Berücksichtigung verdienen.

Und unzweifelhaft sei kein Verband berufener für diese Aufgabe, als die ärztliche Gesellschaft.

An den Vortrag knüpft sich eine lebhafte Discussion, an welcher sich Prof. *Ernst*, Dr. *Rahn-Meier*, *Zehnder* und *Haab* betheiligen. Schliesslich wird die Angelegenheit an eine Commission von 7 Mitgliedern zur nochmaligen Prüfung gewiesen.

Schluss der Sitzung 9½ Uhr.



Referate und Kritiken.

Gestalt und Grössenentwicklung menschlicher Embryonen bis zum Schluss des 2. Monats.

Von *Wilhelm His*. Mit 67 Figuren im Text.

Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1882. 8⁰. 104 S.

Das vorliegende Heft ist die Fortsetzung des vor 2 Jahren begonnenen Werkes über die Anatomie menschlicher Embryonen, und zwar stellt es die einzelnen Stadien der Entwicklung fest.[1]) Für jede Stufe, auf die sich die Organisation allmälig in die Höhe schwingt, sind die Form- und Grössenverhältnisse bestimmt worden. Diese Aufgabe ist in dieser weitgreifenden Ausdehnung zum ersten Mal versucht worden und ihre Lösung als vollkommen gelungen zu betrachten. Noch nie ist einem Forscher freilich so reiches Material zugeflossen, aber noch niemals ist es auch in so bewährte Hände gelangt. Mit Ausnahme kleiner Lücken oder Unsicherheiten, welche in dem noch ungenügenden Material ihren Grund haben, liegen jetzt vortreffliche Abbildungen und eingehende Beschreibungen, von Embryonen von 4 mm. Länge an, bis zu denen von 25 mm. vor. Die Figuren, welche alle übereinstimmend eine fünffache Vergrösserung geben, gewähren eine rasche und sichere Orientirung, und die klare und knappe Darstellung macht die Vorgänge der Gestaltung verständlich, selbst den mit embryologischen Auseinandersetzungen sonst nicht Vertrauten. Dabei greifen die Mittheilungen über das eben erwähnte Gebiet nach zwei Seiten hinaus, denn sie bringen neue Thatsachen über das Vorkommen missbildeter Embryonen und erörtern die schwierige Frage der Altersbestimmung und des Befruchtungstermins. Obwohl es bei dem hohen Interesse für den Aufbau menschlicher Gestalt nahe liegt, aus dem vorliegenden Hefte die wichtigsten Ergebnisse anzuführen, so verweisen wir doch den Leser auf das Original, da gerade hierfür aus ihm die gründlichste Belehrung an der Hand der correcten Abbildungen zu gewinnen ist. Dagegen sei es gestattet, über das Vorkommen missbildeter Formen Einiges herauszugreifen. Auf 62 normale Fälle, welche dem Verfasser vorlagen, kamen 18 lebensunfähige Missbildungen, also 22%. So gross auch diese Zahl von verlorenen menschlichen Keimen, so glaubt der Verfasser dennoch, dass sie unter dem wirklichen Verhältniss stehe und wohl bis gegen 40% erreiche. Weitere Beobachtungen mögen daran vielleicht etwas ändern, das aber geht doch aus der Prüfung des eingesendeten Materiales hervor, dass ein ansehnlicher Bruchtheil der abortiven Eier in ihrer ersten Anlage verfehlt ist und also aus diesem Grund nicht im Stande war, das Entwicklungsziel zu erreichen. Das ist eine für die Zeugungstheorie wie für die Praxis höchst bedeutsame Thatsache, deren Consequenzen das betreffende Capitel nachgeht. Zu diesem unerwarteten und überraschenden Ergebniss führte die reichliche Unterstützung, welche dem Verfasser seit der Veröffentlichung der I. Hälfte dieses Embryonenwerkes zu Theil geworden ist. Und dieser Fortschritt ist vor Allem durch die werkthätige Theilnahme der Aerzte erreicht worden. Von den jüngsten Formen von Embryonen sind bis jetzt 15 gute Fälle beobachtet. Davon hat *His* allein 10 in der Hand gehabt, und mehr als die Hälfte ist ihm aus Basel zugekommen. Möchten doch die Herren Aerzte überall dieser Sache ihre Aufmerksamkeit schenken, dann werden die beträchtlichen Schwierigkeiten, die sich aus der Seltenheit des Materiales noch ergeben, wohl bald verschwinden. Es steht doch in grellstem Widerspruch zu der Häufigkeit der Aborten, dass aus den ersten 3 Wochen erst 15 gute Fälle beobachtet werden konnten im ganzen weiten Bereich der anatomischen und embryologischen Institute des europäischen Continents! Das gemeinsame wissenschaftliche Interesse legt also den Wunsch und die Hoffnung nahe, dass gerade die an sich nur wenig beachteten Aborten der ersten Monate ohne Ausnahme gesammelt und der Untersuchung zugänglich gemacht werden möchten. Dem vorliegenden, in sich abgeschlossenen Heft ist schon aus diesem Grunde eine Verbreitung auch in ärztlichen Kreisen zu wünschen. Enthält es doch nebenbei auch die geeigneten Winke für Aufbewahrung und Versendung von Embryonen. Man thut am besten, dieselben oder die jungen Früchte in Alcohol von ca. 60—70% zu legen, und zwar ohne sie vorher mit Wasser zusammengebracht zu haben. Die baldigste Versendung geschieht in einem mit Alcohol bis zum Rand gefüllten Glasgefäss zwischen zwei sehr locker eingesetzten Baumwollpfröpfen.

[1]) Dieses II. Heft ist auch einzeln käuflich.



Und ferner ist es wünschenswerth, gerade bei den rundlichen Eihautballen der frühesten Periode das Ganze ohne weitere Untersuchung, in Alcohol, zu versenden, weil es besonderer Uebung bedarf, um z. B. einen 4 mm. langen Embryo aufzufinden. Auch hier ist das Princip der Theilung der Arbeit nützlich, und die Entscheidung schwebender wissenschaftlicher Fragen schreitet nur vorwärts: Viribus unitis. *J. Kollmann.*

Zusammenstellung der Urtheile der Aerzte in Frankfurt a. M. über die Kuhmilch der Frankfurter Milchcuranstalt.

14 S. Carl Knatz'sche Druckerei in Frankfurt a. M.

Im October des Jahres 1882 hatte es der um die obige Milchcuranstalt hochverdiente Dr. *Cuyrim*, Arzt am Heiliggeistspitale in Frankfurt a. M., unternommen, durch Fragebogen, welche an sämmtliche Aerzte der Stadt und der nähern Umgebung versandt wurden, möglichst viele Urtheile über den Werth dieser nach bekannten Grundsätzen erzeugten Kuhmilch zu provociren.

Uebergangen wurden diejenigen Aerzte, welche sich im laufenden Jahre erst niedergelassen hatten, also über obige Milch noch kein Urtheil fällen konnten.

Dem Ansuchen entsprachen 76 Frankfurter und 10 auswärtige, also 86 Aerzte, welche die Anstaltsmilch in ihrer Praxis in Verwendung zogen.

Auf Frage 1: „Wie wurde die Anstaltsmilch von den Verdauungsorganen der Säuglinge vertragen?" lautete die Antwort:

„Die Anstaltsmilch ist in entsprechender Verdünnung von den Verdauungsorganen der Säuglinge mit seltenen Ausnahmen gut vertragen worden."

Neigung zu Verstopfung wurde hiebei häufig beobachtet.

Vielfach wird constatirt, dass Magen- und Darmcatarrhe, welche bei anderweitiger Ernährung entstanden waren, unter dem Gebrauch der Anstaltsmilch abheilten.

Auf Frage 2: „Haben Sie, und dies besonders im Sommer, gefährliche oder tödtliche Fälle von Magen- und Darmcatarrh bei den mit der Anstaltsmilch ernährten Säuglingen gesehen?" lautet die aus sämmtlichen Urtheilen zusammengefasste Antwort wie folgt:

„65 Aerzte verneinen diese Frage ausdrücklich oder indirect, indem sie erklären, dass sie keinen gefährlichen Fall von Magen- oder Darmcatarrh bei den mit Anstaltsmilch ernährten Kindern zu verzeichnen hatten, ebenso wenig als einen durch Anstaltsmilch herbeigeführten Todesfall.

Die vereinzelt vorgekommenen schweren Magen- und Darmcatarrhe werden bezüglich ihrer Ursache auf fehlerhafte Behandlung der Milch in den Händen des Consumenten zurückgeführt."

Auf Frage 3: „Welches waren die Erfolge der Anstaltsmilch für die Ernährung und den Gesundheitszustand der Säuglinge?" lauteten die Antworten fast ausnahmslos günstig.

Ein einziger Arzt gab auf Frage 3 folgende Antwort:

„Ich kann aus meiner Praxis soviel mittheilen, dass die Milch ohne Verdünnung auf die Dauer von Kindern nicht gut vertragen wird (selbstverständlich!). Im verdünnten Zustande jedoch verfehlt sie insofern ihren Zweck, als sie dann nicht besser ist, wie gewöhnliche unverfälschte Stadtmilch und also unnöthigen Kostenaufwand verursacht. Einen edlen Wein wird doch Niemand mit Wasser mischen, denn in diesem Falle thut ein sogenannter Kutscher fast denselben Dienst." (Letzterer Satz besonders zeugt von grossem Verständniss der Milchfrage!?)

Auf Frage 4: „Welche Veränderungen im Betriebe der Milchcuranstalt halten Sie für rathsam?" lauten die meisten Antworten:

„Die Organisation ist vorzüglich; denn Jahraus Jahrein ist die Milch von der gleichen vorzüglichen Beschaffenheit."

Einige tadeln den nothwendig erhöhten Preis der Milch, der leider aber nicht herabzusetzen ist, wie die Buchführung der Anstalt ergibt.

Andere glauben, es könnte der Preis vermindert werden, wenn gewöhnliches Heu aus der Umgebung Frankfurts statt Schweizerheu gefüttert würde. Hierin liegt aber gerade das Geheimniss der Fütterung! Nur mit Schweizerheu ist eine gleichmässige, genügende und gute Milch zu erzeugen.

Andere halten dafür, dass für Kinder, welche das erste halbe Lebensjahr über-



schritten haben, eine Kuhmilch ausreichen würde, welche nach dem gewöhnlichen, bei den Bauern üblichen, Verfahren erzeugt würde. (Colossaler Irrthum!)

Ein Arzt schliesst seinen Bericht mit den Worten: „Für eine recht grosse Zahl meiner kleinen Patienten deckt sich die Frage: „Anstaltsmilch oder nicht?“ mit der Antwort: „Sein oder Nichtsein!“ Was für ein Segen durch die Anstaltsmilch bewirkt werden kann, sah ich bei meiner, namentlich die ärmere Classe umfassenden, Praxis, zur Zeit als die Einrichtung bestund, Armen die Milch zu halbem Preis zu liefern. Mit thränenden Augen kamen die armen Mütter zu mir, als dies nicht mehr möglich war und klagten, dass ihr Kind, welches erst so elend gewesen und dann bei der Anstaltsmilch so vorzüglich gediehen, nun dem frühern Zustand wieder anheimfallen müsste.“

Die Frankfurter hatten nämlich eine Gesellschaft gegründet, welche sich zum Zwecke setzte, armen Müttern die Curmilch zum halben Preise zu liefern. Da aber die Mittel dieser Gesellschaft hiebei zu stark in Anspruch genommen und die Einnahmen spärlicher wurden, musste sie zu existiren aufhören, was von der Mehrzahl der Aerzte Frankfurts in ihren Fragebogen lebhaft bedauert wird.

Wir haben somit in vorliegender Arbeit eine beredte Illustration zu der brennenden Milchfrage und können wir es dem unermüdlichen Dr. *Cuyrim* nicht genug danken, dass er diese erste grössere statistische Arbeit auf diesem neuen Felde unternommen. Dem ärztlichen Vereine der Stadt Frankfurt kommt der Ruhm zu, eine Anstalt gegründet und gestützt zu haben, welche allen grössern Centren als Vorbild dienen kann und berufen ist, dem Volke die beste Medicin zu bieten, eine richtig verstandene Ernährung der heranwachsenden Geschlechter. *Albrecht.*

Die subcutanen Osteotomien

des Kinderspitals Zürich (Eleonorenstift) während der Jahre 1876—1881.
Inauguraldissertation von *Hugo Borchers.*

Verf. theilt die Krankengeschichten mit von 37 Patienten, an denen vom Chirurgen des Kinderspitales, Dr. *W. v. Muralt*, 61 Osteotomieu gemacht worden sind, gibt dann in kurzen Zügen eine Geschichte der subcutanen Osteotomie und berichtet über die Ausführung der Operation, wie sie sich im Kinderspital zu Zürich ausgebildet hat.

Von den 61 Osteotomien wurden 48 wegen rachitischer Unterschenkelverkrümmung gemacht bei 26 Pat. im Alter von 2—4 Jahren.

Ferner finden sich in der Casuistik 5 Pat. mit Genu valgum mit 7 Operationen; je 1 Pat. mit rachitischer Unterarmverkrümmung, schiefgeheilter Fractur des Oberarms, schiefgeheilter Fractur des Oberschenkels, Contractur im Hüftgelenk, mit je einer Operation. Zwei Pat. wurden operirt wegen abnormer Stellung nach Resectio genu.

Nach 52 Operationen erfolgte Heilung per primam int.; 9 Mal trat Eiterung ein; nur in einzelnen Fällen so stark, dass für kurze Zeit täglicher Verbandwechsel nöthig war. Die meisten Pat. verhielten sich nach der Operation wie Kranke mit uncomplicirten Fracturen.

Zwei Mal trat Exitus lethalis ein. Das eine Mal durch acute Miliartuberculose, bei einem Pat. mit Genu valgum; das andere Mal nach Osteotomie wegen Contractur im Hüftgelenk nach Coxitis. Der Schenkelkopf verfiel der Necrose und regte eine frische Coxitis an; daneben ergab die Section verbreitete Miliartuberculose.

Das Verfahren bei der Operation im Allgemeinen war: Narcose, Blutleere der Extremität nach *Esmarch*. Einstich mit Weichtheilschnitt, $^3/_4$—$1^1/_2$ cm. lang, geführt mit einem Resectionsmesser senkrecht auf die Knochenaxe; das Periost wird durchgetrennt. Vollständige Durchmeisselung des Knochens. Die Wunde wird nicht ausgespühlt, nicht drainirt. Naht; eine Sutur fasst das Periost. Correction der Deformität. *Lister*-Verband und darüber ein Gypsverband. Nach Erstarrung des Gypsverbandes wird die Extremität hoch gelagert, und erst jetzt der constringirende Schlauch entfernt.

In der Regel wird erst nach 14 Tagen der Gypsverband entfernt. Fast constant folgten in den ersten Tagen Temperaturerhöhungen bis auf 38,0 und 38,5°. In diesen Grenzen fordern sie zu keiner Untersuchung der Wunde auf.

Intern wird den Operirten Kalkeisenpulver gegeben.

Die Behandlungsdauer varirte zwischen 1—3 Monat (anfänglich wurde nicht beidseitig in einer Sitzung operirt), durchschnittlich betrug sie 40 Tage.



Der Erfolg der Osteotomie war bei den rachitischen Unterschenkelverkrümmungen ausnahmslos vorzüglich. Recidive traten niemals auf. Auch bei den schiefgeheilten Fracturen und den andern Deformitäten war er sehr günstig.

In allen Fällen von Genu valgum wurde die Osteotomie der Tibia gemacht, da die Hauptursache der Deformität in der Tibia gefunden wurde: Die Operation ergab in cosmetischer und functioneller Beziehung gute Resultate.

Die Behandlung rachitischer Verkrümmungen höhern Grades bei Kindern besteht nach Angabe des Verfassers in Folgendem:

1) Lassen sich die Knochen noch leicht biegen, so wird Geradstellung durch Händedruck vorgenommen oder langsame Streckung durch Maschinen.

2) Ist wegen begonnener Sclerose sofortige Geradstellung unmöglich, so ist diese bei federnden Knochen noch durch wiederholte Correctur möglich. Das jedesmal gewonnene Resultat wird durch Gypsverbände fixirt.

3) Sind die Knochen völlig sclerosirt, so wird, ohne dass vorher die Osteoclase versucht wird, die subcutane lineäre Osteotomie gemacht. *Zimmerlin.*

Ueber Chininamaurose.

Von *Hans Brunner*. Dissertation. 1882. Zürich, L. Stephan. p. 69.

Nach Berichterstattung über die in der Literatur erwähnten (einige 30) Fälle von Chinin- und Salicylamblyopie wird zunächst das Krankheitsbild im Allgemeinen festgestellt.

Nach einer grössern Gabe Chinin (bis jetzt ist nur 1 Mal Chinin. muriat. als Ursache der Erblindung aufgeführt) tritt unter den gewöhnlichen Begleiterscheinungen plötzlich eine meist doppelseitige Amaurose mit Mydriasis auf. Ophthalmoscopisch ist nur hochgradige Blässe des Augenhintergrundes, der Papille und der Gefässe, neben Blutarmuth oder Blutleerheit und Verengerung der Arterien und Venen zu constatiren, zuweilen auch findet sich ein kirschrother Fleck in der Macula.

Nach kürzerer oder längerer Zeit wird, zunächst unter Störungen der Farbenperception, das centrale Sehen wieder hergestellt. Das bisher concentrisch verengte Se dehnt sich nach aussen aus, bleibt aber lange reducirt. Auch die Farben stellen sich in der gewohnten Reihenfolge meist vollständig wieder ein. In diesem zweiten Stadium zeigt der Augenspiegel das Bild der Atrophie mit Obliteration der Gefässe (die längsten Beobachtungen erstrecken sich auf etwa 5 Jahre).

Prognose im Allgemeinen günstig, da bis jetzt noch nie permanente Chininblindheit beobachtet worden ist.

Für die Genese der Chininerblindung kommen unter den bekannten physiologischen Wirkungen des Chinins in Betracht:

1) Der Einfluss auf Herzthätigkeit und Puls: Pulsverlangsamung, Herzlähmung.

2) Der Einfluss auf den Blutdruck: derselbe wird bedeutend reducirt, unter Umständen bis zu dem Grade, den man nach Halsmarkdurchschneidung sehen kann.

3) Der Einfluss auf Circulation im Gefässe: die Systole wird seltener und weniger kräftig als in der Norm; die Folge davon ist Anhäufung des Blutes in den grossen Körpervenen, im rechten Herzen, in dem Hirnsinus.

4) Die Einwirkung auf Milz und Uterus: Verkleinerung der erstern und Contractionen des letztern.

5) Die Einwirkung auf's Nervensystem: Kopfschmerz, Schwindel, Ohrentosen, Speichelfluss, Cardialgie, Erbrechen; Herabsetzung der Sinnesthätigkeiten (Taubheit, Anæsthesie, Blindheit), Delirien, Abgeschlagenheit, Muskelschwäche; Verlust der Sprache, Gliederlähmungen, Bewusstlosigkeit, Sopor. Dann epileptiforme Convulsionen mit Mydriasis; schliesslich Collaps durch Herzlähmung unter den Zeichen der Cyanose.

6) Das Chininexanthem.

Um allfällige durch Chinin bewirkte Circulationsstörungen im Gebiete der art. centr. ret. zu constatiren, event. die beim Menschen beobachtete ischämische Chininerblindung zu erzeugen, brachte *B.* den Versuchsthieren (6 Kaninchen, 2 Katzen, 2 Hunden) Chininum muriaticum und sulf. in Lösungen theils per Schlundsonde, theils subcutan oder durch die Jugularvene bei. Es geschah dies entweder in der Weise, dass das Thier allmälig durch täglich gesteigerte Dosen in einen Zustand chron. Chininvergiftung ver-

setzt, oder durch eine einmalige recht grosse Gabe acut vergiftet wurde. Die Kaninchen zeigten schon auf relativ geringe Dosen heftige Reactionserscheinungen. Doch konnte nie Blindheit constatirt werden. Ophthalmoscopisch stellte sich wohl Blässe der Netzhautvenen ein, doch nur in sehr geringem Grade. Bei den 2 Katzen war der ophthalmoscopische Befund ganz negativ. Bei der Section zeigte sich jeweilen Ueberfüllung der grossen Körpervenen. Ein deutlich positives Resultat ergaben die 2 Hunde, von denen der eine in chronische Chininintoxication versetzt, der andere acut vergiftet wurde. Es wurde auffallende, immer zunehmende Ischämie des Augenhintergrundes constatirt. Dabei zeigten die Venen in ihren Endigungen auf der Papille ganz unregelmässige Füllung, wobei die Verengerungen und Erweiterungen jedoch keinen deutlichen Rhythmus erkennen liessen, sondern den Bewegungen eines saugenden Blutegels glichen. Der Hund, der schon im Beginne des Versuchs entschiedene Gehör- und Sehstörung zeigte, wurde später vorübergehend vollständig blind und taub.

Nach kritischer Besprechung der verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten kommt *B.* zum Schlusse, dass die Chininamaurose direct durch die Ischämie der Netzhautgefässe bedingt sei, für welche wiederum das Verhalten des Blutdruckes von besonderer Wichtigkeit ist. Die hochgradige Ischämie und Verlangsamung des Blutstromes müssen nothwendig schädlich einwirken auf die Perceptionsfähigkeit der Stäbchen und Zapfen. Dauert die ursächliche Schädlichkeit nicht lange an, so kann sich die Circulation wieder machen; es tritt restitutio ad integrum ein. In verschiedenen Fällen von Chininerblindung wurde aber dauernde Verengerung der Arterien und Venen beobachtet, woraus zu schliessen, dass eben bei länger dauernder Chininwirkung rasch degenerative Vorgänge mit Obliteration der Gefässe resp. Verdickung ihrer Wände (Prof. *Horner* nimmt eine Endovasculitis ex ischæmia, ex vacuo an) sich einstellen. Dem entspricht die nach Restitution des centralen Sehvermögens fortbestehende concentrische Einschränkung des Se.

Dass trotz der häufigen Verabreichung von Chinin die Erblindung relativ so selten eintritt, muss in individuellen Verhältnissen seinen Grund haben. Begünstigend müssen dabei solche Krankheiten einwirken, welche die rasche Elimination von Giften aus dem Körper hindern (Nierenkrankheiten) oder an und für sich die retinale Ischämie fördern (Anämie, gesunkene Herzkraft, namentlich in Folge eines nicht compensirten vitium cordis).

Die Therapie ergibt sich eigentlich von selbst, sie soll (neben Sistirung des Chiningebrauchs) bestrebt sein, den Blutandrang zum Kopfe resp. zu den Augen möglichst zu fördern (durch horizontale Lage, Amylnitrit, Excitantia, Paracentesen der vordern Kammer etc.).

B. zieht endlich aus seinen Untersuchungen folgende höchst beachtenswerthe Schlüsse:

1) Bei entzündlichen Affectionen der Retina und des Opticus dürften grössere Chiningaben weiter zu versuchen sein.

2) Bei der croupösen Pneumonie sind wegen drohender Herzinsufficienz grosse, rasch auf einander folgende Chinindosen contraindicirt *(Binz)*.

3) Nur mit Vorsicht sind grössere Chinindosen bei Anämie, bei Nierenkrankheiten und Herzfehlern (besonders wenn die Compensation gestört ist) anzuwenden. *Hosch.*

Sanitätsgeschichte und Statistik der Occupation Bosniens und der Herzegowina im Jahre 1878.

Von Dr. *Paul Myrdacz*, k. k. Regimentsarzt.

Wien und Leipzig, bei Urban & Schwarzenberg.

Der Verfasser liefert uns mit dieser Arbeit die erste zusammenhängende Darstellung eines österreichischen Feldzuges vom Standpuncte der Militärsanität. Dass die geographischen und socialen Verhältnisse eines kriegführenden Staates oder die speciellen Verhältnisse des Kriegsschauplatzes sowohl die Thätigkeit der Militärsanität, als deren Erfolge wesentlich beeinflussen, braucht nicht erwähnt zu werden. Der Verfasser macht uns in der Einleitung seines Werkes mit den obgenannten Verhältnissen der occupirten Länder bekannt; denn er durfte annehmen, dass das in diesem Falle um so angezeigter sei, weil vor 1878 weder Bosnien noch die Herzegowina in geographisch-socialer Beziehung allseitig erforscht worden waren. An diese Einleitung finden wir eine Darstellung der Verhältnisse der Sanitätspersonen und deren Ausrüstung, ebenso eine kurze Zusammen-



stellung der bestehenden Sanitätsreglemente angereiht. Dann folgt die Schilderung der sanitären Begebenheiten während der ganzen Occupation. Ungünstige klimatische Verhältnisse, schwierige Terrainformationen, primitive Verkehrswege, Schwierigkeit in der Herbeischaffung von Transport- und Verpflegungsmitteln und deren Ersatz, mangelhafte Unterkunft, Parforcemärsche, zahllose Bivouaks, schmutzige, durch Dejectionen und Thiercadaver verpestete Lagerplätze und Cantonnemente, Wassermangel, tage-, selbst wochenlanges Fehlen des Brodes u. dgl. bereiteten dem Sanitätspersonal, das überdies anfänglich in zu beschränkter Zahl vorhanden war, ein Feld der Thätigkeit, das hie und da nur mit persönlicher Aufopferung bewältigt werden konnte, ohne die Gefahren zu rechnen, in welche das Sanitätspersonal, wie die gepflegten Kranken und Verwundeten durch Nichtbeachten der Genfer Convention von Seite der Türken hie und da gelangten. Dass unter obgenannten Momenten die Erkrankungsfälle sich bedeutend hoch beziffern mussten, ist leicht begreiflich, zumal die Zahl der Verwundeten bei vorwiegendem Plänklerkampf der Insurgenten nie so rasch und furchtbar sich vergrösserte, wie bei den entscheidenden Schlachten anderer Kriege. Eine einlässliche Statistik über die Erkrankungen und Verwundungen mit reichhaltiger Casuistik bildet den zweiten Haupttheil des Buches und es dürfte diese Zusammenstellung für Militärärzte und Chirurgen ein schätzbares Material bieten. Wenn auch hie und da der Mangel an nothwendigem Material die Wundbehandlung auf primitiver Stufe zurückgehalten hat, so wurde doch im Allgemeinen die Antisepsis, soweit sie wenigstens bei den oft widerwärtigsten Verhältnissen möglich war, so wie eine conservative Behandlung mit weitgehender Anwendung von Gypsverbänden durchgeführt. Die grossen Procentsätze günstiger Resultate sprechen auch in diesem Kriege, wie wichtig eine rationelle Wundbehandlung, auf dem Kriegsschauplatze selbst angewendet, ist. — Das Werk, welches 420 Octavseiten umfasst, ist fliessend geschrieben, angenehm zu lesen und es dürfte dasselbe seines Inhaltes wegen jeder militärärztlichen Bibliothek einverleibt werden. *Rahm.*

Jahrbuch der practischen Medicin.

Jahrgang 1882. Herausgegeben von Dr. *Paul Börner.*
Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1882. 760 S. 8°.

Während sich der *Hirsch*'sche Jahresbericht zum Ziele gesetzt hat, die irgend nennenswerthen Leistungen der gesammten medicinischen Literatur eines Jahres in Referaten zu sammeln und sich demgemäss auf die respectable Grösse zweier gewaltiger Bände gross Octav ausgedehnt hat, — ein Repertorium und Wegweiser für die forschenden Männer der Wissenschaft, — wendet sich das Jahrbuch von *Börner* an die arbeitüberladenen Männer der Praxis, deren Zeit knapp bemessen ist und die doch im täglichen Einerlei blosser Berufsarbeit nicht untergehen wollen. Von dem gewaltig dahinfliessenden Strome der Tagesliteratur sind hier Canäle abgezweigt, die nutzbringend das befruchtende Wasser über die Felder der beruflichen Praxis führen sollen. Im vorliegenden Bande, dem 4. Jahrgang, wird ein Ueberblick über die literarischen Leistungen des Jahres 1881 geboten, in der Art, dass mit weiser Sichtung eine Auswahl des Wissenswerthen getroffen ist. Und damit hierin das Bestmögliche geleistet werde, vertheilte der Herausgeber die Arbeit unter eine Reihe bewährter Fachmänner, die schon gelegentlich einer frühern Recension in diesen Blättern namhaft gemacht worden sind. Von den Schweizer Docenten finden wir Prof. *Grützner* in Bern wieder als Referenten über Physiologie. Ueber die Zahnheilkunde referirt Dr. *Willoughby Miller* in Berlin; das Medicinalwesen Oesterreichs (neu) ist der Feder von Dr. *Heinrich Adler* in Wien anvertraut. Eine orientirende Einleitung und das Referat über die Epidemiologie, welche wegen Platzmangels verschoben wurden, und welche jedem Leser gewiss Freude bereitet hätten, hätten leicht durch Streichung mancher Wiederholungen ihre Stelle finden können. Solch' doppelter Behandlung erfreuen sich namentlich eine ganze Reihe von Artikeln aus der Arzneimittellehre, die sich bei den Referaten über Chirurgie, Rhinologie, Hautkrankheiten, gerichtlicher Medicin etc. wiederfinden u. s. w., und möchte bei solch' streitigem Material jeweilen eine einfache Verweisung genügen, um so mehr, als ein ausführliches Sach- und Autorenregister dem Werke beigefügt ist.

Wichtig für das medicinische Publicum ist das baldige Erscheinen des Buches nach Abschluss des Jahres, wozu die Ausgabe in 2 Abtheilungen mit beiträgt, von denen die



eine im April, die andere Anfang Mai erschien; ferner der bescheidene Preis von 14 Mk. für diesen Jahrgang bei recht hübscher Ausstattung seitens des Verlegers.

D. Bernoulli.

Das Fleisch.

Gemeinverständliches Handbuch der wissenschaftlichen und practischen Fleischkunde von *Carl Philipp Falk*, Doctor und ordentlicher Professor der Medicin, Director des pharmacologischen Institutes in Marburg. Marburg, Verlag von Elwert.

In diesem Buche behandelt der Verfasser in umfassender Weise das Fleisch, so weit es als menschliches Nahrungsmittel Verwendung findet, und Alles, was zu dessen Beurtheilung nothwendig ist: Die Naturgeschichte aller Thiere, welche essbares Fleisch liefern, sowie deren Knochen- und Muskelbau; die Chemie des Fleisches; die Hygieine der Fleischwaaren und zwar die Zubereitung des Fleisches in der Küche wie auch die Fleischconservirung; die Lehre von der physiologischen und pathogenetischen Wirkung des Fleisches, sowie die Theorie der Fleischwaarenpolizei.

Eine äusserst fleissige und durch viele Capitel durchaus mustergültige Arbeit, ist dieses Werk das bedeutendste und umfassendste in seiner Art und darf dessen Lecture Aerzten und Thierärzten als denjenigen, welchen direct oder indirect die Pflicht der Ueberwachung des Fleischconsumes obliegt, bestens empfohlen werden.

Freilich ist in dem Bestreben, das Buch auch für weniger Gebildete lesbar und bis auf einen gewissen Grad verständlich zu machen, dasselbe viel zu compendiös und damit auch zu theuer geworden (10 Mark), enthält nun für den academisch Gebildeten viel überflüssigen Ballast, welcher wie brauchbare Waare bezahlt werden muss, während seine werthvollsten Capitel, wie z. B. die Abhandlung über Fleischchemie dem nicht academisch Gebildeten doch immer unverständlich bleiben werden. Wissenschaftlich ist die Arbeit nur zu loben, vom practischen Standpuncte aus aber ist Verschiedenes daran zu tadeln, wie z. B. das Capitel über Verwendung des Fleisches kranker Thiere. Die in diesem Capitel verfochtene ideale Idee, alles von kranken Thieren herstammende Fleisch, auch wenn dasselbe direct nicht in Mitleidenschaft gezogen ist, dem Consum zu entziehen und in grossen Anstalten, öffentlichen Kosthäusern etc. unter Aufsicht verwenden zu lassen, ist einfach undurchführbar. Noch weniger practisch erscheint uns die Anregung zur Errichtung von Fleischerschulen, in welchen die Metzgerlehrlinge in einem halbjährlichen Cursus die Naturgeschichte der Schlachtthiere, Racenkunde, Anatomie, Histologie, Microscopie etc. etc., soweit diese mehr wissenschaftlichen Doctrinen Bezug auf die Schlachtthiere haben, erlernen sollen.

Dass ein Jüngling ohne genügende Vorbildung im Zeitraume eines halben Jahres auch nur annähernd einen richtigen Begriff von all' diesen wissenschaftlichen Fächern sich werde aneignen können, scheint uns durchaus unglaublich, wohl aber dürfte er an natürlich practischer Auffassung seines Berufes weit mehr einbüssen, als er an wissenschaftlicher Theorie gewinnen könnte. Gerade der Metzgerberuf ist noch eine der wenigen Berufsarten, die auch dem Ungebildeten gestatten, durch Fleiss, Ausdauer und practischen Sinn sich zu einer befriedigenden Lebensstellung emporzuarbeiten, was gewiss nicht wenig bedeuten will in einer Zeit, wo die Welt wimmelt von verbildeten Halbwissern, denen die mühevolle Handarbeit verächtlich geworden ist. *Siegmund.*

Cantonale Correspondenzen.

Aargau. Dr. med. *Gottlieb Hegnauer* †. Am 31. Januar 1883 verschied in Reinach (Ct. Aargau) nach langem und schwerem Leiden im Alter von 65 Jahren Dr. med. *Gottlieb Hegnauer*. Geboren 1818 in Oberkulm, wo sein Vater, Herr alt Reg.-Rath *Hegnauer*, als Arzt wirkte, besuchte er vom zehnten Jahre an die schon damals vortrefflichen Schulen in Zofingen, später die Aarauer Cantonsschule und wurde 1838 als Stud. med. an der Universität Freiburg i. Br. immatriculirt. Trotzdem er das studentische Leben in vollen Zügen genoss und unter den damaligen Schweizerstudenten in Freiburg eine hervorragende Stellung einnahm, litt das aus innerster Neigung erwählte Fachstudium keine Noth. In Heidelberg, wo er sich namentlich durch den geistreichen Unterricht von



Chelius angezogen fühlte, promovirte er 1842 und bestand kurz darauf auch die aargauische Staatsprüfung mit bestem Erfolg, um sofort, voll glänzender Hoffnungen auf eine schöne Zukunft, die ärztliche Praxis zu beginnen. Das Feld seiner ersten Thätigkeit war Reinach, wo er als Stellvertreter seines späteren Schwagers, Dr. *A. Erismann*, zu wirken anfing. 1843 siedelte er nach Boniswyl über, wo er zwar nur 3 Jahre lang aber mit solchem Erfolge thätig war, dass er sich bis zu seinen letzten Lebenstagen noch vielfachen Zuspruches aus dieser Gegend zu erfreuen hatte. Zum zweiten Male zog es ihn 1845 nach Reinach, wo er bald darauf seinen eigenen Hausstand gründete und sich bleibend niederliess. Reiches Wissen, humane Gesinnung und bedeutende chirurgische Geschicklichkeit halfen ihm bald zu einer ausgedehnten Praxis. Durch viele Jahre bekleidete er die Stelle eines bezirksärztlichen Adjuncten, längere Zeit auch diejenige eines Bezirksarztes, in welcher Eigenschaft er namentlich seiner klaren und gediegenen gerichtsärztlichen Gutachten wegen gebührende Anerkennung fand. So war es ihm vergönnt, lange Jahre hindurch unter den glücklichsten Umständen, allseitig verehrt und beliebt, thätig zu sein. Aber die schwere Hand des Schicksals traf auch ihn und zwar in einem Alter, wo derartige Schläge nicht mehr überwunden werden. Mitte der 70ger Jahre zerstörte unerwartetes finanzielles Missgeschick seine schönen Verhältnisse und zwang den schon damals etwas leidenden Collegen zum harten Kampfe um die Existenz. Von da an war sein früher so heiterer Humor gebrochen und auch die physischen Leiden stellten sich in erhöhtem Grade ein. Körperlich und gemüthlich erschüttert und deswegen auch oft schroff im Umgange erscheinend, arbeitete er dennoch rastlos weiter, durfte er sich ja der Seinigen wegen die so nöthige Ruhe nicht gönnen. Noch bis zum letzten Herbst sah man die hohe, durch das Brustleiden zwar gebrochene Gestalt, meist zu Pferde, allem Wetter trotzend, einer immer noch ausgedehnten Thätigkeit obliegen. Es war an einem Sonntag im October 1882, als er von einer glücklich ausgeführten Operation nach Hause zurückkehrte und mit den Worten: „Jetzt kann ich nicht mehr!" auf das Lager sank, das er nicht mehr verlassen sollte. Die Lungen- und Kehlkopftuberculose, die schon lange an ihm zehrte, bereitete ihm noch viele schmerzliche und durch quälende asthmatische Beschwerden angstvolle Stunden. Am 31. Januar endlich trat die von dem braven Collegen längst ersehnte Stunde der Erlösung ein. R. J. P.

Wir aber können diese Zeilen nicht abschliessen, ohne uns gestehen zu müssen, wie hoch nothwendig solche Beispiele die Förderung einer ärztlichen Hülfscasse erscheinen lassen, zu deren Gründung ja bereits ein guter Schritt gethan ist. *Münch.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— Dr. *Bollhalter* in Willem I auf Java ist anfangs November letzten Jahres an der Cholera gestorben. — *Bollhalter* war 1875/76 Assistent im Kantonsspitale St. Gallen gewesen (der Nachfolger unseres unvergesslichen Collegen *Buss*), hatte nachher innert relativ kurzer Zeit in Bischoffszell, Rorschach, dem Jouxthale und endlich in Mosnang practicirt. Im letzten Sommer eröffnete er seine Laufbahn als holländischer Militärarzt, um nach so kurzer Zeit schon der mörderischen Infection zu erliegen. Unser Gruss in der letzten Nummer des verflossenen Jahres hallte bereits über seine letzte Ruhestätte in fremder Erde.

— **Rationelle Schuhform.** In welcher Weise kann den Anforderungen einer zweckmässigen Fussbekleidung unserer Armee entsprochen werden? So lautet die Ueberschrift eines Artikels, der durch 2 Nummern der „Allgemeinen Schweizerischen Militärzeitung" Nr. 8 und 9 läuft und von Major *Baltenschweiler* unterzeichnet ist.

Der Verfasser, dem offenbar manche Erfahrung zur Seite steht, ergreift das Wort, um in dieser für eine Armee hochwichtigen Frage anregend zu wirken. Er will vorwärts, er drängt mit Recht zu Thaten und will das langsame Tempo der Erwägungen und der Versuche beschleunigen. Ueber den bis jetzt angestellten Versuch, der im kleinsten Maassstab ausgeführt wurde, äussert er sich sehr eingehend, und wenn er nicht damit zufrieden ist, so müssen wir seine Stimmung theilen, und finden mehrere seiner Bemerkungen vollkommen berechtigt. Vor allem aber ist zu constatiren, dass das Experiment in viel



zu engem Rahmen unternommen wurde. Es kam z. B. nur eine Anzahl von 40 Assortimenten, je ein Paar der drei Fussbekleidungsmodelle: nämlich der einfache Rohrstiefel, der seitlich geschnürte Schuh (System Perron) und der vorn geschnürte Schuh (neapolit. Schuh) zur Erprobung, alle von gleicher Grösse und über den nämlichen Leist gearbeitet. Es wurde dabei bestimmt, dass sämmtliche drei in ihren Dimensionen vollständig egalen Paare während der Dauer einer Rekrutenschule durch ein und denselben Mann, d. h. je während 14 Tagen erprobt werden sollten. Dieses Assortiment wurde auf fünf Infanterierekrutenschulen vertheilt, sage fünf verschiedene Schulen. Wir bezweifeln alles Ernstes, ob ein solches in dem allerkleinsten Maassstab unternommenes Experiment überhaupt etwas nützt. In solchen Dingen ist nur von Massenversuchen eine Entscheidung zu erwarten. Die Offiziere müssen ihr ganzes Bataillon durch Schule und Manöver auf solchen Probeschuhen führen können, damit die Vortheile und die Nachtheile sich von selbst aufdrängen, damit die Zufälligkeiten sich ausscheiden lassen und der wahre Werth, oder der Unwerth der einen oder andern Fussbekleidung jedem in die Augen springt. Wer wird entscheiden können nach einem Ueberblick über drei Soldaten, die er während 14 Tagen ein paar Stunden beobachtet, ob das System Perron oder der neapolit. Schuh den Vorzug verdient?

Es wird nicht an solchen fehlen, die eine Antwort parat haben, ob sie aber das richtige trifft, was das Interesse der Armee erfordert, das ist doch sehr fraglich nach der Erfahrung an drei Schuhpaaren, nach einer Erfahrung, die nicht allein von der Sachkenntniss und dem Pflichtgefühl des Offiziers abhängt, sondern ebenso sehr von dem Charakter und der Aufmerksamkeit der drei Soldaten.

Selbstverständlich ist das Experimentiren in grossem Maassstabe enorm theuer, allein wenn hiefür keine Mittel verfügbar sind, warum benützt man nicht die Erfahrungen der Nachbarländer? Der Unterschied der Fussformen ist kaum ein Hinderniss, dafür sind die Rassenverschiedenheiten viel zu gering. Dadurch wäre es vielleicht möglich, über manche Schwierigkeiten hinwegzukommen, zum Beispiel über die Rohrstiefelfrage und über die der zweiten Beschuhung. Es ist schwer verständlich, warum der Infanterist zweierlei Schuhwerk haben soll, denn von wirklichem Nutzen ist für ihn doch nur der hohe vorn geschnürte Schuh. Das ist eine alte Erfahrung, die man in den Bergen jeden Tag wieder auf's Neue machen kann, und von der auch der Verfasser der eben besprochenen Artikel durchdrungen ist. *Kollmann.*

St. Gallen. In Grabs starb 78 Jahre alt Dr. *Laurenz Vetsch* und in Wyl, noch in jungen Jahren stehend, Dr. *Stadler.*

Tessin. Dr. *Francesco Beroldingen* †. Von einem Hirnschlage getroffen, starb am 9. März Dr. *Franz Beroldingen*, Director des Cantonsspitals und Bürgermeister von Mendrisio. Er wurde am 9. September 1817 geboren, und schon als Knabe zeichnete er sich durch die eminenten Fähigkeiten seines Geistes aus.

Der dringenden Stimme seiner Neigung folgend studirte er Medicin an den Universitäten Pavia und Pisa, wo er für den besten unter den Bessern gehalten wurde.

Dr. *Beroldingen* war von Allen geehrt und geschätzt als tiefer Kenner der medicinischen Wissenschaften und als ein energischer und loyaler Charakter. In der Politik kämpfte er im liberalen Felde, ohne je die Grenzen der Mässigung zu überschreiten, und ohne der Parteidisciplin jene Gefühle der ehrenhaften Selbstständigkeit zu opfern, welche ihm angeboren waren.

Während vielen Jahren war Dr. *Beroldingen* Vicepräsident und die Seele der cantonalen Sanitätscommission. Zu wiederholten Malen wurde er als Vertreter seines Kreises in den Grossen Rath gewählt, den er wiederholt präsidirte, und seit 27 Jahren leitete er die Verwaltung seiner Heimathgemeinde. Er bekleidete auch das Amt eines Schulinspectors und bewies sich als einen äusserst gebildeten und practischen Pädagogen.

Und trotz seinen vielen Beschäftigungen als Arzt und Bürgermeister vernachlässigte er nicht die schönen Wissenschaften. *Beroldingen* war ein Literat und führte meisterhaft die Feder, schrieb einen eleganten Styl, und die Natur und das Studium bildeten aus ihm einen grossen und überzeugenden Redner.

Am 11. März fand in Mendrisio seine Beerdigung statt. Die Theilnahme der Bevölkerung war eine ungeheuer grosse und es wurden mehrere Reden gehalten, so von Vicebürgermeister Adv. *Borella*, von Adv. *Battaglini* und Andern.



Auch wir legen unsere Blume auf das Grab des hingeschiedenen Collegen, welcher eine Zierde des ärztlichen Standes und ein Beispiel bürgerlicher Tugenden war.

Lugano, 21. März 1883. Dr. *Giov. Reali.*

Ausland.

Amerika. *G. E. Sussdorff* in New-York referirt, wie wir dem „Centralblatt für Gynæcologie“ entnehmen, über die **Geburt eines Elephanten.** Dauer der Gravidität 597 Tage; erst am Tage vor Eintritt der Geburt wuchs der Umfang des Abdomens plötzlich beträchtlich; erst 4 Tage post partum schwoll dasselbe wieder ab. Während der letzten Monate waren die Mammæ stark geschwollen, die inter partum reichlich Milch absonderten. Die Geburt dauerte 5 Stunden und 10 Minuten: Zuerst schwoll die Vagina und lieferte reichlichen Schleim, dann wurde das Junge in Kopflage in den Eihäuten geboren. Letztere zerriss die Mutter mit den Hinterfüssen und suchte dann durch Hin- und Herrollen des Jungen dessen Respiration resp. Belebung anzuregen. Die Eihäute und die abgerissene Nabelschnur zogen sich in die Scheide zurück. Die Mutter suchte die Nachgeburt durch Anpressen des Bauches gegen einen Pfosten zu entfernen; dieselbe folgte erst nach $1^1/_2$ Stunden. Blutung weder aus dem Uterus noch aus der Nabelinsertion. Der Strang war unmittelbar an der Haut abgerissen, ein fingerweites Loch restirte. Das Junge, 3 Fuss hoch, wog 245 Pfund.

Deutschland. Der Typhusbacillus. Im neuesten Hefte der *Volkmann*'schen „Sammlung klinischer Vorträge“ finden wir eine Arbeit Professor *Eberth*'s in Halle, in welcher auf den häufigen Fund von für den Typhus charakteristischen Pilzformen hingewiesen wird. Diese Typhusbacillen sollen sich durch die Abrundung der Endflächen der Stäbchen, sowie durch geringeres Tinctionsvermögen von anderen Spaltpilzen wohl unterscheiden. Der Farbstoff (Methylviolett, Gentiana, Bismark) haftet weniger an den Organismen und wird durch Alkoholbehandlung der Schnitte zum Theile wieder entfernt. Ausser den eigentlichen Typhusbacillen kommen nicht weniger als sieben verschiedene Organismen gelegentlich bei Typhus vor. In den markigen Infiltrationen des Darms, in den Lymphdrüsen und in der Milz findet man in nicht complicirten Typhen und zeitig obducirten Fällen einen überraschend hohen Gehalt an Spaltpilzen; gegen das Höhestadium der Krankheit und während desselben nehmen sie an Zahl ab und später verschwinden sie ganz — daher auch die negativen Resultate einzelner Forscher. *Eberth* stützt sich auf eigene positive Resultate (bei 40 Typhen fand er 18 Mal diese Organismen), auf Untersuchungen von *Klebs*, *Koch*, *Meyer* und Anderer, sowie schliesslich darauf, dass er in 24 Fällen verschiedener Processe, worunter 12 Fälle von Darmtuberculose, welche von ihm genau in der gleichen Weise wie Typhusleichen untersucht wurden, nicht ein einziges Mal einem Typhusbacillus begegnet ist. Gleich resultatlos waren auch die Bemühungen *Meyer*'s, welcher in 6 Fällen von Scharlach, Masern und Dysenterie den Typhusbacillus vergeblich suchte. *Eberth* weist sodann nach, dass diese Pilze sich zuerst in der Darmschleimhaut localisiren, dass sie von da aus in die Mesenterialdrüsen gelangen, aus denen sie in den Blutstrom übertreten, um sich wieder in der Milz anzuhäufen. Es ist aber bis nun noch nicht gelungen, den Typhuspilz zu züchten oder auf Thiere zu übertragen. Schliesslich geht aus der Arbeit *Eberth*'s hervor, dass der intestinalen Infection in der Aetiologie des Typhus eine grössere Bedeutung zuzuschreiben ist, als man bisher anzunehmen geneigt war. (Allg. Wiener med. Zeitschr.)

England. Eine Hebamme in Sheffield, durch deren Schuld Syphilis in weiter Verbreitung auftrat, wurde zu 1 Jahr Gefängniss mit Zwangsarbeit verurtheilt.

Spanien. In Malaga wurden, angeblich durch den Genuss amerikanischer Schinken, 20 Personen mit Trichinen inficirt, mehrere mit tödtlichem Ausgange.

In Deutschland ist wiederholt Trichinose beim Dachs entdeckt worden, worauf eine amtliche Publication aufmerksam macht.

Personalia. Prof. *Dohrn* in Giessen kommt nach Marburg als ordentlicher Professor der Geburtshülfe und Gynæcologie und Prof. *Ahlfeld* als Ordinarius an seine Stelle.

Unser Landsmann, Prof. Dr. *Binswanger* in Jena, hat die Berufung zum Director der westpreussischen Provincial-Irrenanstalt abgelehnt.

In Paris starben der älteste französische Arzt, Dr. *Jules Cloquet*, 93 Jahre alt, und *Luer*, 83 Jahre alt, der berühmte Erfinder und Verfertiger chirurgischer Instrumente.



Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. März 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Morbillen sind 2 Fälle vom Südostplateau, von Rötheln 15 Fälle aus dem Kleinbasel angemeldet.

Varicellen 2 vereinzelte Fälle (9, 7, 6).

Scharlach 7 Erkrankungen (21, 21, 21).

Typhus 7 Erkrankungen, wovon 5 in Grossbasel (3, 14, 7).

Diphtherie und Croup 7 Fälle, 3 im Birsigthale, 4 in Kleinbasel (13, 13, 10).

Pertussis 13 Anzeigen, wovon 6 aus Kleinbasel (12, 10, 22).

Von Icterus sind 2 Erkrankungen Erwachsener aus Kleinbasel angezeigt.

Bibliographisches.

43) *Volkmann*'s Sammlung klinischer Vorträge. Leipzig, Breitkopf & Härtel.
Nr. 225, *Prochownick*, *L.*, Ueber Pessarien.
Nr. 226, *Eberth*, Der Typhusbacillus und die intestinale Infection.

44) *Martin*, *Henri* (de Vevey), Recherches anatomo-patholog. sur les inflammations métastatiques suppuratives à la suite de la gonorrhée. 75 S. und 2 Tafeln. Inaug.-Diss.

45) *Wintzenried*, *Lucien* (d'Aigle), Recherches expérimentales relatives à l'action physiologique de la Brucine. 71 S. Inaug.-Dissert.

46) *Comte*, *J. R.* (de Fribourg), De l'emploi de l'éther sulfurique à la clinique chirurg. de Genève. 8⁰. 184 S. Inaug.-Diss.

47) *Michaloff*, *Iwan H.* (de Bulgare), Contribution à l'étude de l'enchondrome avec métastases. 8⁰. 83 S. und 2 Tafeln. Inaug.-Dissert.

48) *Gortinsky*, *Olga* (Russie), Sur la durée de l'excitabilité des nerfs après la séparation de leurs centres nutritifs. 8⁰. 24 S. Inaug.-Dissert.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Günther*, München; Dr. *Wagner*, Baden; Dr. *G. A. Steger*, Lichtensteig; Dr. *Repond*, Königsfelden; Dr. *Münch*, Brestenberg; Dr. *Schenker*, Pruntrut; Dr. *Siebenmann*, Brugg; Dr. *Sury*, Basel; Prof. Dr. *Roth*, Basel; Thierarzt *Siegmund*, Basel: Besten Dank: die Trichinose kommt demnächst zum Abdruck. — Herrn Dr. *Christen*, Olten: Es macht uns Freude, zu vernehmen, dass Ihre Patientin, gegenwärtig in Beatenberg, nach jeder Seite hin sehr zufrieden ist und zwar in Beziehung auf Klima, sowie ärztliche und diätetische Verpflegung. Wir wussten das zum Voraus und ebenso, dass das Fehlen von diversem „Sport", allotriisque quibusdam aliis dem Heilzwecke sehr fördernd ist. Freundl. Gruss. — An die anonyme „warme Freundin" in Bern: Wie schade, dass die räumliche Trennung eine unmittelbarere Perception Ihrer sympathischen Gefühle nicht gestattet! Der alles weiblichen Reizes baare Redactionstempel böte eine empfängliche Brutstätte. Ihr Wunsch wäre uns Befehl gewesen — Sie wissen ja: Ce que femme veut . . . Allein leider erhielten wir die Arbeit erst, als sie schon anderwärts gedruckt war, also post festum, sind nun aber, da sie uns Gelegenheit zu einem so angenehmen Gefühlsaustausche bot, über sie und Sie doppelt erfreut. Votre très-humble serviteur, Madame!



Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

Zwei Beilagen: Prospect von F. C. W. Vogel in Leipzig und „Schwefelbad Alvaneu“.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 8. XIII. Jahrg. 1883. 15. April.

Original-Arbeiten.

Ueber die antiseptische Wirkung des Salicylresorcinketons.

Von Dr. **Paul Repond.**

Seit der Einführung des Phenols durch *Lister* in die chirurgische Praxis und seit *Kolbe* [1]) die gährung- und fäulnisshemmende Wirkung der Salicylsäure gefunden, sind eine Reihe ihr und dem Phenol verwandte Substanzen nach dieser Richtung hin untersucht worden; jedoch ist bis jetzt keine gefunden, deren Eigenschaften in practischer Hinsicht vortheilhafter als die des Phenols oder der Salicylsäure wären.

Die vor Kurzem studirte antiseptische und antipyretische Wirkung der Dihydroxylbenzole und namentlich des Resorcins [2]) zeigten, dass sie alle mehr oder weniger temperaturherabsetzend wirken, dass diese Wirkung aber mit einer ganzen Reihe von Uebelständen verbunden ist, so dass die Dihydroxylbenzole als Antipyretica in der ärztlichen Praxis kaum angewendet werden.

Das Hydrochinon und namentlich das Resorcin, welches letztere wegen der bedeutenden temperaturherabsetzenden Wirkung und des Kostenpreises die meiste Berücksichtigung verdiente, haben den Uebelstand, dass ihre Wirkung nur kurzdauernd ist und anderseits, dass die Patienten von Schwindel, Ohrensausen und Delirien befallen werden oder das Sensorium frei bleibt, hingegen wird der Puls auffallend klein und weich, die Herztöne undeutlich und die Extremitäten kalt und cyanotisch, Uebelstände, die auch bei Gebrauch grösserer Dosen von Salicylsäure auftreten.

---

[1]) Journal für pract. Chemie N. F. 10, 89.

[2]) *Lichtheim*, Corr.-Bl. für schweiz. Aerzte 1880, Nr. 14. S. a. Andeer, Einleitende Studien über das Resorcin etc. Würzburg, 1880 und Centralbl. für die medic. Wissenschaft 1880, Nr. 27. *L. Brieger*, Zur therapeutischen Würdigung der Dihydroxylbenzole. Zeitschrift für klin. Medicin Bd. III, Heft 1.



Da die Dihydroxylbenzole in Wasser leicht löslich sind und auch die Salicylsäure von dem alcalischen Darminhalt neutralisirt und so als Alcalisalz rasch resorbirt wird, so lag der Gedanke nahe, dass falls diese Substanzen in einer wenig löslichen Form dem Organismus einverleibt würden, dieselben nur langsam resorbirt, aber um so anhaltender, gewissermaassen in cumulativer Weise, ihre Wirkung ausüben müssten.

Noch von einem andern, dem chirurgischen Gesichtspuncte aus, wo jetzt das Bestreben herrscht, in schwer resorbirbarer Pulverform das Antisepticum auf die Wunde zu bringen, war es von Interesse, Versuche mit einer in Wasser und kohlensauren Alcalien schwerlöslichen Verbindung der Salicylsäure Versuche anzustellen.

Vor Kurzem beschrieb Herr *Arthur Michael* in den Berliner chemischen Berichten, Jahrg. 1881, S. 658, dass durch mehrstündiges Erhitzen von Salicylsäure mit Resorcin auf 195—200° C., die beiden Substanzen, unter Austritt von einem Molecül Wasser, zu einem Oxyketon sich vereinigen, entsprechend der Gleichung:

$$C_6\,H_4{<}{}^{OH}_{COOH} + C_6\,H_4\,(OH_2) = C_6\,H_4{<}{}^{OH}_{CO}{>}C_6\,H_3{<}{}^{OH}_{OH} + H_2\,O.$$

Dieser Körper ist auch in heissem Wasser nur sehr wenig löslich. Leicht löslich dagegen in Glycerin und Alcohol, woraus er aus heissen concentrirten Lösungen in glänzenden gelben Blättern sich abscheidet. Von verdünnten Lösungen kohlensaurer Alcalien wird er in der Kälte nicht gelöst, in der Wärme löst er sich allmälig darin auf und wird wieder aus der Lösung durch Kohlensäure gefällt. Sein Schmelzpunct wird von *Michael* bei 133—134° C. angegeben. Eisenchlorid erzeugt in den Lösungen des Oxyketons eine rothbraune Färbung.

Die nahen Beziehungen des Körpers zu Salicylsäure und Resorcin, sowie seine Eigenschaften machten es wahrscheinlich, dass die Substanz, sei es nach innerem Gebrauch, sei es von den Wundflächen aus nur langsam resorbirt und so auch anhaltender ihre antiseptische resp. antifebrile Wirkung ausüben werde.

Von diesen Gesichtspuncten ausgehend, habe ich auf Veranlassung des Herrn Prof. *Nencki* zunächst einige Versuche angestellt, um die antiseptische Eigenschaft der Substanz zu prüfen und nachdem es sich zeigte, dass der Körper, wenn auch nicht so wie die Salicylsäure, so doch in hohem Grade fäulnisswidrig wirkt, wurde die Substanz auf den hiesigen Kliniken und namentlich auf der chirurgischen Abtheilung des Herrn Prof. *Kocher* mit Erfolg als antiseptisches Mittel angewendet. Ich will zunächst über die von mir im Laboratorium angestellten Versuche berichten: Je 1 grmm. Salicylresorcinketon wurde mit 10, 20, 30 grmm. frischem, fein zerhacktem Ochsenpancreas innig verrieben, sodann in ein Kölbchen gebracht, mit etwas Wasser überschichtet und in einem grossen Wasserbade, dessen Temperatur mittelst eines Gasdruckregulators auf 38° C. eingestellt war, offen stehen gelassen. Am folgenden und den nächsten Tagen zeigten alle drei Proben keinen Fäulnissgeruch und bei der microscopischen Untersuchung waren in keinem der Kölbchen Spaltpilze vorhanden. Als nach zwei Wochen noch immer weder Microorganismen noch Fäulniss bemerkbar war, wurden die Proben entfernt und der Versuch noch einmal und zwar mit dem gleichen Erfolg wiederholt.



Da ein Theil des Oxyketons sich in tausend Theilen Wasser von 40° C. löst, so habe ich versucht, ob diese 0,1% Lösung noch antiseptische Eigenschaften habe. Zu 100 cc. der 0,1% Lösung wurden daher 10 grmm. klein zerhacktes Pancreas zugesetzt und bei Bruttemperatur stehen gelassen. Nach 24 Stunden war noch kein fauliger Geruch bemerkbar, dagegen nach 36 Stunden trat ausgesprochene Fäulniss ein. Es wurden nun 0,2 grmm. mit 100 grmm. Wasser von 40° C. übergossen, wobei das Oxyketon etwa zur Hälfte ungelöst blieb und der Lösung 10 grmm. klein zerhacktes, schon 24 Stunden altes, bei 0° aufbewahrtes Ochsenpancreas zugesetzt. Die Microorganismen wurden hier erst nach 40 Stunden sichtbar; am dritten Tage war starker Fäulnissgeruch vorhanden. Als ich 0,5 grmm. des Oxyketons in 100 cc. Wasser suspendirte und die Flüssigkeit bei der Bruttemperatur mit 10 grmm. Pancreas stehen liess, trat die Fäulniss erst am fünften Tage ein. In dieser Hinsicht steht das Oxyketon offenbar in Folge seiner Schwerlöslichkeit hinter der Salicylsäure und dem Phenol zurück, welche beide Substanzen in ½% Lösung die Fäulniss des Pancreas bei der Bruttemperatur vollkommen behindern. Auch wirkt Salicylresorcinketon nicht direct tödtend auf die Spaltpilze und ihre Sporen, sondern nur entwicklungshemmend. 10 grmm. Pancreas, das mit etwas Wasser angefeuchtet, seit 4 Tagen bei der Bruttemperatur faulte, wurden mit 1 grmm. des Ketons innig verrieben und wieder bei 40° C. stehen gelassen. Nach 5 Stunden zeigte die microscopische Untersuchung, dass die Bacterien noch sehr lebhaft beweglich waren, welche Eigenschaft erst am zweiten Tage aufhörte, von wo ab sie in der noch immer faulig riechenden Flüssigkeit nur Molecularbewegung zeigten.

Das Salicylresorcinketon riecht schwach angenehm aromatisch und hat einen nicht unangenehmen Geschmack. Nachdem ich durch Versuche am Kaninchen gesehen, dass selbst Dosen bis 4 grmm. pro die ohne schädliche Wirkung waren, habe ich, um die Zersetzungsweise der Substanz im Organismus kennen zu lernen, zu wiederholtem Male je 2 grmm. der Substanz pro dosi ohne jede nachtheilige Wirkung eingenommen. Ein Theil des gelassenen Harns wurde zur Bestimmung der Schwefelsäuren verwendet, der grösste Theil aber, nachdem er mit einigen Tropfen Soda schwach alcalisch gemacht wurde, auf dem Wasserbade verdunstet und der syrupige Rückstand direct mit Aether extrahirt. Der abdestillirte Aether hinterliess einen minimalen Rückstand, der in Wasser schwer löslich war, mit Eisenchlorid sich violett färbte und allem Anscheine nach ein Gemenge von Salicylresorcinketon mit Salicylursäure war. Es wurde nunmehr der Harnrückstand mit Salzsäure angesäuert und von Neuem mit Aether extrahirt. Der jetzt nach dem Abdestilliren des Aethers bedeutend grössere ölige Rückstand erstarrte nach kurzer Zeit krystallinisch in Form von Nadeln und Prismen, die das Aussehen der Hippursäure hatten. Durch wiederholtes Umkrystallisiren aus heissem Wasser, unter Zusatz von Thierkohle, wurden die Krystalle ganz weiss erhalten und ihre Löslichkeit, Krystallform und Verhalten gegen Eisenchlorid zeigten, dass sie wesentlich aus Salicylursäure bestanden. Es ist darnach nicht zu bezweifeln, dass ein Theil des Ketons im Organismus in Resorcin und Salicylsäure gespalten wird.



Nach den Versuchen von *Baumann* und *Herter*[1]) bewirkt die eingenommene Salicylsäure keine Vermehrung der gepaarten Schwefelsäure im Harne. Dagegen eingenommenes Resorcin[2]) wird grösstentheils als Aetherschwefelsäure ausgeschieden, so dass nach Fütterung mit Resorcin bei Hunden, die Schwefelsäure der Salze ganz zum Verschwinden gebracht wird. Nach meinen Versuchen bewirkt eingenommenes Salicylresorcinketon wesentliche Zunahme der Aetherschwefelsäure im Harne. Am Tage vor der Einnahme des Ketons enthielt meine 24stündige Harnmenge = 1705 cc.

a) Schwefelsäure der Salze = 2,5302 grmm.
b) Aetherschwefelsäure = 0,1936 „
a : b = 1 . 13.

Am folgenden Tage, nach Einnahme des Salicylresorcinketons, 24stündige Harnmenge = 1755 cc.

a) Schwefelsäure der Salze = 2,7009 grmm.
b) Aetherschwefelsäure = 0,5905 „
a : b = 1 . 4,5.

Auf Grund meiner Versuche kann man daher annehmen, dass ein Theil des eingenommenen Salicylresorcinketons unverändert ausgeschieden, ein anderer in Salicylsäure und Resorcin gespalten wird, wie dies aus dem Auftreten von Salicylursäure im Harne hervorgeht.

Ich lasse nunmehr die Beschreibung der Fälle folgen, welche auf der chirurgischen Abtheilung des Herrn Prof. *Kocher* mit Salicylresorcinketon behandelt wurden. Herr Dr. *Roux*, chef de clinique, hatte die Güte, mir einen Auszug aus den Krankengeschichten zu machen.

1. M. A., 62 Jahre alt, Cancroid der rechten Wange mit Verwachsung des os zygomaticum. 16. Januar 1883 Operation. Umschneidung des Ulcus, partielle Resection des os zygomaticum und des proces. zygomat. Bevor die Nähte geschlossen werden, füllt man die Wundhöhle mit folgender, bei Körpertemperatur erstarrenden Masse, welche vorher auf 45—50° erwärmt wurde (dieses Gemenge besteht aus 1 Theil Gelatine, 4 Theilen Glycerin und enthält 5% Salicylresorcinketon). Starke Spannung der Wundränder, welche durch tiefe Nähte mit Mühe fixirt werden.

Am folgenden Tage findet man den grössten Theil des eingegossenen Gemenges im Verbandzeug. Wunde ohne Reaction.

22. Januar 1883 Entfernung der Nähte. Tadellose Primaverklebung der Wundränder. Um das nachträgliche Klaffen der Wunde zu vermeiden, wird nach Lösung der Spannungsnähte ein Collodiumstreifen aufgelegt. Beim nächsten Verbandwechsel ergibt sich diese Vorsichtsmaassregel als ungenügend; die Wundränder klaffen ziemlich weit. In der Tiefe ist die Wunde geschlossen und zeigt überall gute Granulationen.

Verlauf afebril. Pat. wird ambulant weiter behandelt.

[1]) Zeitschrift f. physiolog. Chemie Bd. I, S. 253.
[2]) *Baumann* und *Herter* l. c.



2. R. Sch., 14 Jahre alt Primäre Synovitis fungosa pedis.

26. December 1882 Arthrotomie. *Esmarch*'sche Einwicklung. Eröffnung des Gelenkes vor beiden Malleolen und hinter dem äussern. Entfernung der kranken Kapsel in ihrem ganzen Umfange. Gelenkflächen normal. Secundärnaht. Wundflächen mit Salicylresorcinketon eingerieben. Schluss der Nähte am selben Abend. Trotzdem Elevation gemacht wurde, ist die Nachblutung ziemlich stark. Wundflächen trocken.

Am 27. klagt Pat. über starke Schmerzen im Fusse. Das Verbandzeug verbreitet einen sehr angenehmen Geruch. Wunde ohne Reaction; jedoch werden zwei Nähte gelöst. Aus der Tiefe kommt etwas flüssiges Blut und Luftblasen. Verband mit Salicylresorcinketon. Temperatur normal.

3. Januar 1883 Primaheilung bis auf die übrigens schön granulirende kleine Stelle, wo beim vorigen Verbandwechsel Nähte entfernt wurden. Verband mit Salicylresorcinketon.

5. Januar 1883 Wundlinie mit Salicylresorcinketon eingerieben und mit Collodiumstreifen bedeckt.

10. Januar 1883. An Stelle der gelösten Nähte noch ein 3 mm. breiter Granulationsstreifen. Sonst lineäre Vernarbung.

Während dem ganzen Verlauf kein Fieber.

3. H. D., 6 Jahre alt. Hochgradige rachitische Genua valga.

26. December 1882. Osteotomia cuneiformis femoris duplex. *Esmarch*.

Keilförmige Osteotomie auf der Innenseite beider Oberschenkel etwas oberhalb des Kapselansatzes des Kniegelenks. Auf der einen Seite wird der mit dem Meissel ausgeschlagene Keil nicht entfernt, sondern zwischen beiden Knochenenden zerquetscht. Die Wunden werden mit Salicylresorcinketon eingerieben und mit Gaze tamponirt, auf welche die Substanz eingepudert wurde. Secundärnaht. Redressement. Gypsdoppelhose. Abends Schluss der Nähte. Wundflächen trocken. Nachblutung ziemlich stark. Verband mit Salicylresorcinketon.

28. December 1882. Morgentemperatur 38° C. bei reactionsloser Wunde. Abendtemperatur normal wie vor und nach dem 28.

2. Januar 1883. Beiderseits Heilung per primam. Entfernung der Nähte. Salicylresorcinketon auf die Wundlinie gepudert. Collodiumstreifen.

Auch in der hiesigen Augenklinik wurde das Salicylresorcinketon mit Erfolg angewendet. Allerdings wurde bei der Behandlung auch Borsäure zur Auswaschung benutzt und Atropin eingeträufelt. Nach Aeusserungen des Herrn Prof. *Pflüger* ruft das Pulver, auf die Bindehaut eingestreut, nur wenige Minuten andauerndes sandiges Gefühl im Auge hervor, ohne jede Hyperæmie oder Reaction seitens der Cornea.

In drei Fällen von Ulcus serpens, wo das Pulver in das Auge eingepudert wurde (3 × täglich), trat in kurzer Zeit wesentliche Besserung ein.

In einem vierten Falle, wo wegen hochgradigem Hypopion die Keratotomie gemacht wurde, wurde auch Salicylresorcinketon gebraucht; es trat keine Recidiv des Hypopion ein.

Von besonderem Interesse war die Frage nach der Wirkung des Salicyl-



resorcinketons bei fieberhaften Krankheiten. Herr Dr. *Bourquin*, Assistent der hiesigen medicinischen Klinik, hat constatirt, dass das Salicylresorcinketon entschieden antipyretisch wirkt und zwar ohne jede für die Behandlung unangenehme Nebenwirkung. Bis jetzt wurde es in sechs Fällen von Abdominaltyphus angewendet. Herr Dr. *Bourquin* beabsichtigt selbst hierüber seine Beobachtungen zu veröffentlichen, weshalb ich mich nur auf die Bemerkung beschränke, dass das Mittel in 3—4 grmm. pro die refracta dosi angewendet wurde.

Aus allem Mitgetheilten geht soviel hervor, dass weitere Versuche über die antiseptische und antipyretische Wirkung dieser Substanz wünschenswerth sind. Ob das Salicylresorcinketon in der Medicin bleibenden Werth behaupten kann, darüber können natürlich die wenigen von mir gesammelten Beobachtungen nicht entscheiden. Allein die Thatsache, dass Salicylresorcinketon im Organismus in zwei notorisch antiseptisch und antipyretisch wirkende Substanzen allmälig zersetzt wird, ferner dass es bei innerlichem Gebrauch, auch in grösseren Dosen, dem Organismus nicht schädlich und widerstrebend ist, dies Alles spricht zu Gunsten der Annahme, dass diese Substanz in der practischen Heilkunde Verwendung finden wird.

Aehnlich wie durch Erhitzen von Salicylsäure mit Resorcin das Salicylresorcin entsteht, bildet sich nach den Beobachtungen von *A Michael* (l. c.) beim Erhitzen von Salicylsäure mit Phenol und Zinnchlorid auf 115—120° das Salicylphenolketon gemäss der Gleichung:

$$C_6H_4<^{OH}_{COOH} + C_6H_5 - OH = C_6H_4<^{OH}_{CO}>C_6H_4 - OH + H_2O.$$

Dieser Körper krystallisirt aus Weingeist in kleinen, aus heissem Wasser bei langsamem Erkalten in grossen, glänzenden, blassgelben Blättern. Er ist in kaltem Wasser fast, in heissem nur spärlich löslich, in Benzol und Alcohol in der Hitze leicht löslich. Von wässrigen Alcalien wird er in der Kälte zu einer gelben Lösung aufgenommen; Kohlensäure fällt daraus die ursprüngliche Substanz. Der Schmelzpunct liegt bis 143—144° (uncor.). Wir haben, um die antiseptische, event. antifebrile Wirkung des Salicylphenols zu prüfen, den Körper nach der Vorschrift *Michael*'s in grösserer Quantität dargestellt. Die Ausbeute beträgt etwa 10% der theoretischen. Salicylphenol, selbst in grösseren Dosen bis zu 10 grmm. eingenommen, ist nicht giftig. Im Organismus wird es nicht in Phenol und Salicylsäure gespalten, sondern wird in Form einer Aetherschwefelsäure durch den Harn ausgeschieden. Ein Hund von 10 Ko. Körpergewicht erhielt mit seinem Futter 2 grmm. des Salicylphenols und es wurden vor und nach der Eingabe der Substanz die Schwefelsäuren der Salze, sowie die gepaarten bestimmt.

1) Harn vor Eingabe des Salicylphenols.

Gepaarte SO_4H_2.

In 100 ccm. Harn = 0,0223 grmm.
In 24 Stunden = 0,04132 „

SO_4H_2 der Salze.

In 100 ccm. Harn = 0,3931 grmm.
In 24 Stunden = 0,73457 „



Das Verhältniss der Schwefelsäure der Salze zu der Aetherschwefelsäure ist demnach: 17,77 : 1.

2) Nach Eingabe von 2 grmm. Keton.

Gepaarte SO_4 H_2.

In 100 cm. Harn = 0,2052 grmm.
In 24 Stunden = 0,4310 „

SO_4 H_2 der Salze.

In 100 cm. Harn = 0,1512 grmm.
In 24 Stunden = 0,3174 „

Das Verhältniss der Schwefelsäuren ist hier demnach = 0,73 : 1.

Der grössere Theil des Harnes wurde mit Schwefelsäure angesäuert und einige Minuten zum Sieden erhitzt. Hierauf mit Bariumcarbonat neutralisirt, das Filtrat zum Syrup verdunstet, mit Salzsäure angesäuert und mit Aether extrahirt. Der nach dem Abdestilliren des Aethers hinterbliebene krystallinische Rückstand enthielt keine Spur von Phenol oder Salicylsäure, sondern nur das unveränderte Keton, das zweimal aus heissem Wasser umkrystallisirt, durch die Schmelzpunctbestimmung (143°) identificirt wurde.

Die Versuche über die antiseptische Wirkung des Salicylphenols fielen dagegen weniger günstig aus. Das Keton wurde in kochendem Wasser gelöst und filtrirt. Beim Erkalten auf 40° krystallisirte der grösste Theil aus. Zu 100 cm. dieser Lösung, welche zum Theil noch suspendirtes Keton enthielt, wurden 10 grmm. Pancreas zugesetzt und bei 40° stehen gelassen. Allerdings erst am dritten Tage stellte sich ausgesprochene Fäulniss ein. Auch mit Pancreas in Substanz verrieben, vermag es nicht für die Länge die Fäulniss des Letzteren zu verhindern. Die antiseptische Wirkung des Salicylphenols ist also entschieden geringer, als wie die des Resorcins. Berücksichtigt man ferner, dass auch die Ausbeute an reiner Substanz nur gering ist, so dürfte man das Ergebniss mit Rücksicht auf die practische Verwerthung der Substanz als negativ betrachten.

Im Anschlusse an diese Mittheilung möchte ich erwähnen, dass ich noch andere aromatische Körper auf ihre antiseptische Wirkung geprüft habe und lasse hier die tabellarische Uebersicht meiner Beobachtungen folgen.

Name der Substanzen.	Procentgehalt der Lösung.	Zeit, nach welcher ausgesprochene Fäulniss bemerkbar wurde (in Tagen)	Zeit, nach welcher die ersten Spaltpilze sichtbar wurden (in Tagen)	Bemerkungen.
Phenanthrenchinon (in Substanz)				
a) 1 gr. Phenanth. auf 10 gr. Pancr.			$^1/_2$	
b) 1 „ „ „ 20 „ „		$^1/_2$	$^1/_2$	
c) 1 „ „ „ 30 „ „		$^1/_2$	$^1/_2$	
d) 100 cc. einer nur wenige Krystalle enthaltenden Lösung mit 5 gr. Pancreas		$^1/_2$	$^1/_2$	
Phenanthrenglykolsäure (10 gr. Pancreas mit 50 cc. d. Lösg.)				
a)	0,3	4	1	
b)	0,1	1		



Name der Substanzen.	Procentgehalt der Lösung.	Zeit, nach welcher ausgesprochene Fäulniss bemerkbar wurde in Tagen	Zeit, nach welcher die ersten Spaltpilze sichtbar wurden in Tagen	Bemerkungen.
Sulfanilsäure (10 gr. Pancreas mit 100 cc. der Lösung)				
a)	0,5	1/2		
b)	0,1	1/2		
Oxysulfobenzid (10 gr. Pancr. mit 100 cc. der Lösung)				
a)	1	—	—	Am 3. Tage sind Kammpilze vorhanden.
b)	0,5	—	1	Bacterien von körnigem Aussehen mit Eigenbewegung; dieselben zeigen nach 2 Tagen nur Molecularbewegung; am 3. Kammpilze.
c)	2‰	1	1	Die Bacterien nehmen am 2. Tage körniges Aussehen an; am 3. Kammpilze.
d)	1‰	1	1	Am 3. Tage Kammpilze.
e) 1 gr. Substanz auf 20 gr. Pancr.		—	—	Keine Spaltpilze. Am 3. Tage sind Kammpilze in sehr grosser Anzahl vorhanden.
(je 10 gr. Pancr. mit 50 cc. d. Lösg.) Salicylaldehyd				
a)	0,5	—	1	Am 3. Tage hatten sich die Spaltpilze nicht vermehrt; nirgends war Eigenbewegung vorhanden.
b)	0,1	2	1	Spaltpilze in grosser Anzahl vorhanden.
Paroxybenzaldehyd				
a)	1	—	9	Nur einzelne Spaltpilze; nach 2 Wochen zeigen sie keine Eigenbewegung mehr.
b)	0,5	—	9	Dasselbe gilt von diesem Präparat.
c)	0,1	1		
Furfurol				
a)	1	—	3	Einzelne lange, gegliederte Bacillen und Coccen. Nach 14 Tagen hat ihre Eigenbewegung aufgehört.
b)	0,5	—	3	Verhält sich wie die 1% Lösung.

Wie aus dieser tabellarischen Zusammenstellung ersichtlich, zeigen die drei ersten Präparate keine antiseptische Wirkung. Oxysulfobenzid wirkt antiseptisch, jedoch schwächer als Phenol; auch die beiden aromatischen Oxyaldehyde stehen in ihrer antiseptischen Wirkung dem Phenol nach; dagegen Furfurol wirkt schon in 0,5% Lösung hemmend auf die Entwicklung der Fäulniss im Pancreas.

Das Salicylresorcinketon wird in der chemischen Fabrik von Dr. *Th. Schuhardt* in Görlitz (Preussen) dargestellt und kann von dorten käuflich bezogen werden.

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Präsident: Dr. *W. Bernoulli*, Actuar: Dr. *Dan. Bernoulli.*

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli.*

Sitzung vom 16. November 1882.[1])

Anwesend 26 Mitglieder und 1 Gast.

Im Anschluss an das Protocoll der letzten Sitzung kommt Dr. *A. Baader* auf die Besprechung der Verhaltungsmaassregeln für die Hebammen zurück und stellt den Antrag, die wichtige Frage nicht im Sande verlaufen zu lassen, sondern an eine Commission zu weisen; es machen die DDr. *Oeri* und *Fritz Müller* noch einige sachbezügliche Bemerkungen, worauf das Bureau die Weisung bekam, eine Commission aufzustellen, welche die Frage weiter berathen, resp. eine Vorlage an's Sanitätsdepartement zu Handen der Hebammen ausarbeiten soll.

Dr. *Courvoisier* hält einen Vortrag über die Behandlung des Empyemes der Pleura (abgedr. in ext. im Corr.-Blatt Nr. 3 und 4 dieses Jahres).

Discussion dieses Vortrags:

Prof. *Socin* ist im Allgemeinen einverstanden. Die Abscessoperation ist insofern verschieden, als bei dieser die Abscesswand resecirt wird, was bei der Empyemoperation nicht geschieht. Die Pleura hält Prof. *Socin* meist für tuberculös, daher die vielen augenblicklichen, die wenigen bleibenden Erfolge, — da wir die Pleura nicht reseciren. Vor Irrigationen warnt er.

Dr. *Oeri* kam von der früher von ihm empfohlenen Punction und Aspiration zurück. Zwei Empyeme brachte er kürzlich durch Punction in Verbindung mit Drainage zur Heilung. Hält die Nichttuberculose mancher Empyeme aufrecht.

Prof. *Hagenbach* statuirt einen wesentlichen Unterschied zwischen Kindern und Erwachsenen mit Empyem. Bei Kindern machte er alle Operationsmethoden durch und bekam mit allen Operationsmethoden relativ schöne Resultate. Hält auch nicht jedes Empyem für tuberculös.

Dr. *Courvoisier* nannte die einfachen Empyeme im Gegensatze zu den putriden. Die Möglichkeit der Heilung der Kinder auf andere Weise will er nicht bestreiten. Injectionen macht er jeweilen nur eine einzige.

Prof. *Roth* hält $^9/_{10}$ der Empyeme am Leichentische für tuberculös, macht aber daraus keine Rückschlüsse auf die Natur der Empyeme überhaupt.

Prof. *Massini* will die Empyeme, wie sie nach schweren Pneumonien vorkommen, mehr der Punction zuweisen, die von Anfang an tuberculösen mehr der Rippenresection.

Geschäftliches.

Sitzung vom 21. December 1882.

Anwesend 22 Mitglieder und 1 Gast.

Prof. *Miescher-Rüsch* schildert einige Methoden der Blutuntersuchung, welche in Zukunft auch für klinische Zwecke Bedeutung gewinnen können.

[1]) Erhalten 31. März 1883.



Vor Allem wird das von *Vierordt* eingeführte, von *Hüfner* modificirte Verfahren der Photometrie der Absorptionsspectren eingehender erörtert, welches mit Hülfe der von *Hüfner* bestimmten Constanten (Absorptionsverhältniss) gestattet, ohne Weiteres in einer sehr kleinen Blutportion den Hämoglobingehalt rasch und genau zu bestimmen, während die bisherigen Methoden jedesmal die Herstellung einer Normallösung von bekanntem Gehalt an reinem Hämoglobin erforderten, was sehr schwierig, meist sogar unausführbar ist. Der von *Hüfner* construirte Apparat wird vorgezeigt und seine Construction und Anwendung erläutert; doch wird die Erstellung eines compendiösern Modells für klinische Zwecke als wünschbar bezeichnet.

Weiterhin wird noch des interessanten ächt nationalrussischen Versuches von *Tarchanoff* gedacht, aus dem zunächst dem Blute zugeschriebenen Wasserverlust des Körpers in einem heissen Schwitzbad, in Verbindung mit der dabei erfolgenden Zunahme des Procentgehaltes des Blutes an Hämoglobin die Gesammtblutmenge des lebenden Menschen zu berechnen. Die bei gesunden Individuen erhaltenen Zahlen schliessen sich den nach andern Methoden bestimmten an, während anämische und cachectische Personen bedeutende Abweichungen zeigen.

Schliesslich wird einer Methode *Mosso*'s Erwähnung gethan, um die Schwankung des Volums eines Organs zu bestimmen. Der mit *Mosso*'s Hydrosphygmograph am Lebenden angestellte Versuch zeigte die Veränderungen im Volumen des r. Armes bei der Erhebung des andern, bei starken Muskelcontractionen der untern Extremität, bei Gehirnthätigkeit u. s. w.

Dr. *Wilhelm Bernoulli* erstattet kurzen Bericht über den Lesecirkel.

Die Wahlen der Gesellschaftscommission für 1883 ergeben als Präsidenten Herrn Prof. *Kollmann;* ferner per acclamationem den Secretär Dr. *Daniel Bernoulli*, den Cassier Dr. *Rosenburger* und die Lesecirkeldelegirten.

Sitzung vom 18. Januar 1883.

Präsident: Prof. Dr. *Kollmann*, Actuar: Dr. *Dan. Bernoulli.*

Anwesend 26 Mitglieder und 2 Gäste.

Dr. *Leopold Rütimeyer* hält einen Vortrag über hereditäre Ataxie (in extenso veröffentlicht in *Virchow*'s Archiv XCI. Band, I. Heft, S. 106, ausgegeben 2. Januar 1883). Eine Discussion fand nicht statt.

Der Jahresbericht pro 1882 wird vom Secretär abgelegt und vom Präsidium genehmigt.

Der Cassier legt die Rechnung über das vergangene Jahr vor; sie wird genehmigt.

Sitzung vom 1. Februar 1883.

Anwesend 22 Mitglieder.

Dr. *Gönner* spricht über das Verhältniss zwischen Fuss und Gewicht bei Neugebornen. Um dieses zu bestimmen, wurden im Sommer 1881 auf der Basler geburtshülflichen Klinik bei 100 auf einander folgenden Geburten unmittelbar post partum die Füsse gemessen und das Gewicht festgestellt. Die Resultate wurden auf einer kleinen Tabelle der Gesellschaft vorgeführt, so-



wohl Knaben und Mädchen einzeln als auch zusammen, wobei sich für letztern Fall bei 2000—2500 grmm. Körpergewicht eine durchschnittliche Fusslänge von 73, bei 3500—4000 grmm. Körpergewicht eine solche von 82 mm. ergibt. Von 2800—3000 grmm. Körpergewicht kommt eine überraschend starke Vergrösserung der Fusslänge vor. Ueberdies schwanken die extremen Zahlen der Fusslänge beim gleichen Gewicht bis 1 cm. Weitere Schwankungen möchten sich durch die Beschäftigung der Eltern ergeben, indem sich die grossen Hände und Füsse der Arbeiter forterben könnten. Immerhin vindicirt Referent solchen Messungen bei Beckenenge mit vorgefallenem Fusse eine gewisse Bedeutung zur Vornahme geburtshülflicher Maassnahmen.

Prof. *Wille* schreibt diesen Resultaten auch einige Wichtigkeit für Psychosen zu, indem asymmetrische Schädel, rhachitische Becken vererbt werden können; vererbte Psychosen mögen zuweilen auf angeborener Verkümmerung des Schädels beruhen.

Prof. *Kollmann* führt an, dass Brachycephalie zum Theil auf Rhachitis zurückgeführt wird; für die Fusslänge möchte auch die Race maassgebend sein, dagegen hält er die Arbeiterhand für erst erworben, eine Meinung, welche Prof. *Wille* nicht theilen kann, wie derselbe auch in Consequenz der künstlichen Production verschiedener Schädelformen durch *Gudden* die Gestaltung des Schädels eher auf Vertheilung der Blutgefässbezirke zurückführen möchte.

Dr. *A. Baader* weist zwei neue pharmaceutische Präparate vor: Cannabinum tannicum, womit er eine präcise narcotische Wirkung nicht zu erzielen vermochte, und Quecksilberformamid.

Dr. *A. Baader* spricht über Vererbung (der Vortrag wird in extenso in diesem Blatt veröffentlicht werden).

Discussion:

Prof. *Roth* macht bei der Grösse des Thema's zunächst auf normale und auf pathologische Vererbung aufmerksam. Zu ersterer gehört die Erblichkeit der Zwillingsbildung, sowohl auf weiblicher als auf männlicher Linie (bei den Capetingern durch 11 Generationen nachgewiesen). Die variablen Hausthiere müssen von dem viel constantern Menschen strenge getrennt werden. Das von *Baader* angeführte *Bollinger*'sche Grundgesetz der Vererbung (Auftreten im gleichen Alter) wird z. B. durch die Hæmophilie widerlegt, wo in der Regel eine weibliche Generation übersprungen wird. Die Frage des Atavismus ist meist unrichtig aufgeworfen. Prof. *Roth* unterscheidet ferner eine regionäre Heredität, z. B. der Kiemenfisteln, und eine systematische Heredität, z. B. Haarmenschen, Elephantiasis in Haut und Nervensystem.

Prof. *Wille* nimmt bei Psychosen sehr oft directe Vererbung und nicht Disposition als Ursache in Anspruch.

Verwalter *Siegmund* hält zudem manche Behauptungen *Baader*'s bezüglich des Thieres für ganz unrichtig; so tragen die Geschlechter zur Vererbung ganz ungleich bei, z. B. beim Hunde und beim Pferde viel mehr das Männchen, beim Steinbock das Weibchen. Der von *Darwin* entlehnte Satz der Production einer Ausgleichung durch heterogene Elemente muss also hier fallen.



Dr. *A. Baader* bemerkt zum Schlusse, dass es selbstverständlich nicht seine Absicht war, das weite, neuerdings sehr eingehend studirte Gebiet der Vererbung hier erschöpfend zur Darstellung zu bringen; dass selbstverständlich die Gesetze auch hier einzelne Ausnahmen zeigen, und dass die von *Siegmund* bestrittenen Thatsachen nicht die „Behauptungen“ des Vortragenden, sondern die von *Darwin* gesammelten positiven Resultate durchaus competenter Züchter sind. Der verschiedene Einfluss der Geschlechter ist nie bestritten worden und steht zudem mit dem betreffenden Gesetze in keiner Relation.

Sitzung vom 15. Februar 1883.

Unter Leitung des Vicepräsidenten: Herrn Dr. *Rosenburger*.

Anwesend 14 Mitglieder.

Prof. *Wille* bespricht 2 durch Nierenkrankheit hervorgerufene Fälle von Psychose und einen Fall von Hirnlues (der Vortrag wird in extenso in diesem Blatt veröffentlicht werden).

Discussion: Dr. *Hägler* und Dr. *Albrecht E. Burckhardt* fragen in Bezug auf die ersten 2 Fälle an, ob nicht die Herzhypertrophie, woran beide Patienten litten, in Verbindung mit der verbreiteten Atheromatose des Gefässsystems, mit Schuld an den Psychosen könnte gehabt haben; eine Frage, die Prof. *Wille* verneint.

Sitzung vom 1. März 1883.

Anwesend 22 Mitglieder.

In Abwesenheit des Secretärs führt Herr Dr. *Albrecht E. Burckhardt* das Protocoll.

Auf Antrag des Präsidiums spricht die medic. Gesellschaft den Herren *Fritz Müller*, *Lotz*, *Socin*, *Burckhardt-Merian* und *Rosenburger* ihren Dank aus für die Abfassung der vorzüglichen Brochure „Die Kehrseite der obligatorischen Krankenversicherung“.

Physicus *deWette* berichtet über die Maassregeln, welche das Polizeidepartement ergriffen hat, um Prostitution und venerische Krankheiten in unserer Stadt einzudämmen, angeregt durch die Eingabe der medic. Gesellschaft im Frühjahr 1882.

Nachdem das Polizeidepartement in unsern Nachbarstädten Bern, Zürich, Freiburg, Mülhausen, Frankfurt etc. Erkundigungen eingezogen hatte über die dort bestehenden Einrichtungen, fasste es den Beschluss, alle in seine Hände gelangenden öffentlichen Dirnen ärztlich zu untersuchen und, wenn krank, auf Kosten der Polizei zu behandeln; diese Maassregel dehnt sich auch auf Niedergelassene und Aufenthalter aus, ohne dass erst die Heimathsgemeinden müssen um Beitrag angefragt werden. Die Zuweisung an den Arzt geschieht nicht durch einen Unterbeamten, sondern durch den Polizeipräsidenten selbst. Der Vortragende hat vom Mai bis December 1882 in einem hierzu hergerichteten Zimmer des Lohnhofs 227 Untersuchungen an 157 Dirnen vorgenommen und 61 venerische Erkrankungen constatirt: die Patienten wurden theils im Lohnhof behandelt, theils in das Spital abgegeben. — Die Heilungsresultate schienen günstig zu sein, jedenfalls hat die Reinlichkeit der Prostituirten zugenommen. Es fragt sich nur, ob man hierbei soll stehen bleiben, oder ob eine wohlorganisirte Sittenpolizei nöthig ist; von Bordellen



ist natürlich abzusehen. Gegenüber der sogen. „Fédération für Abschaffung der Prostitutionsgesetze“, welche viel zu weit geht, empfiehlt der Vortragende die Vorschläge einer Brochure, betitelt „Die Stellung des Staates zur Prostitution und ihrem Gefolge, von einem practischen Juristen, Hannover 1883“, welche einer vernünftigen Reglementirung das Wort sprechen.

Der Vortragende sucht durch Spital- und Militärberichte zu beweisen, dass in andern Städten die venerischen Krankheiten verbreiteter seien als in Basel, und wünscht dringend die Publication der unsere Verhältnisse besprechenden Arbeit von Dr. *Albrecht E. Burckhardt.*

Prof. *Bischoff* und Dr. *Baader* freuen sich über diese neuen, jedenfalls segensreichen Einrichtungen; letzterer wünscht, dass auch solche Mädchen, die nicht geradezu prostituirt, aber venerisch krank geworden und notorisch arm sind, unentgeltliche Spitalverpflegung direct erhalten möchten, ohne durch polizeiliche Maassregeln für alle Zeit an der Rückkehr zu besserm Verhalten gehindert zu sein. Dr. *deWette* erklärt, dass dieses jetzt durch einfache Anmeldung bei der Polizei jederzeit geschehen könne.

Prof. *Burckhardt-Merian* hielte es für passend, die einmal syphilitisch Befundenen auch nach vollendeter Cur alle 14 Tage zur Untersuchung zu citiren.

Prof. *Kollmann* demonstrirt in Theilung begriffene Pflasterzellen aus der Mundschleimhaut von Salamandra und bespricht die neuesten Ansichten über Zelltheilung.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Präsident: Dr. *O. Haab.* Actuar: Dr. *Kaufmann.*

VIII. Sitzung, den 17. Februar 1883.[1])

1) Herr Dr. *Wilh. Schulthess* hält einen Vortrag über einen Fall von Rhinosclerom. Der Vortrag wird im Corr.-Bl. veröffentlicht.

Discussion: Prof. *Horner* sah den Pat. nur einmal und behandelte ihn nicht weiter. Er glaubt in der That, dass dem Fortkriechen des Scleromprocesses von der Nase längs der Thränennasengänge in die Thränensäcke primär eine Verengerung der Thränennasengänge vorhergegangen sei.

Prof. *O. Wyss* gibt noch einige Erläuterungen zu dem Falle, namentlich bezüglich dessen Vorgeschichte und der Differentialdiagnose zwischen dem vorliegenden Krankheitsprocesse und Syphilis.

Dr. *Haab* gibt der Vermuthung Raum, dass wir es bei dem Rhinosclerom mit einer Mycose zu thun haben gemäss dem eigenthümlichen chronisch-entzündlichen Charakter der Erkrankung; denn um eine solche handelt es sich ja wohl sicher. Die Affection habe in vielen Beziehungen Aehnlichkeit mit der Lepra. Künftige anatomische Untersuchungen sollten jedenfalls diese Richtung der Untersuchung zunächst in's Auge fassen.

2) Dr. *Haab* referirt über die Verhandlungen betreffs Sanatorium für scrophulöse und rhachitische Kinder. Nach eingehender Discussion, woran sich Proff. *O. Wyss* und *Horner* und Dr. *Bleuler* betheiligten, wird be-

1) Erhalten den 8. März 1883.

schlossen, die Commission solle die bereits mit dem Comité der Feriencolonien gepflogenen Verhandlungen fortsetzen.

Schluss der Sitzung 10 Uhr.

IX. Sitzung den 2. März 1883.[1])

Präsident: Dr. *O. Haab*, Actuar: Dr. *Kaufmann*.

1) Dr. *Kaufmann* demonstrirt einen Fall von Varicen der Bauchwandvenen. Pat., 27 Jahre alt, wurde vom 16. Mai bis 30. October 1877 wegen Typhus im Basler Spitale behandelt. Nachher bekam er erst hartnäckige Oedeme beider Unterschenkel, dann seit 1 Jahr die Bauchwandvaricen. Sie finden sich im Gebiete der beiden Vv. Epigast. superf. und der beiden Vv. circumflex. ilei superf. Am Penis bestehen keine Varicen, ebenso fehlt eine Erweiterung der Venen des Samenstranges. Ober- und Unterschenkel sind von Varicen frei, blos constatirt man nach unten von der Einmündungsstelle des wohl daumendicken Stammes der Ven. epigast. in directer Fortsetzung des letztern eine ebenso dicke, etwa 8 cm. lange Vene, offenbar der centrale Theil der V. saphena magna.

Man muss bei diesem Falle an ein mechanisches Moment als Grund der Varicen in erster Linie denken und es ist am wahrscheinlichsten, dass es sich um eine thrombotische Verstopfung der V. cava inf. gerade an der Einmündungsstelle der Vv. iliacae comm. handelt.

In der Discussion erwähnt Dr. *W. Schulthess* zweier ähnlicher Fälle von Bauchwandvaricen, wo beide Male eine Verlegung der V. cava inf. durch carcinomatöse Thromben bei der Section nachgewiesen wurde.

Prof. *O. Wyss* kennt einen Fall von Bauchwand-Varicen, die vor 30 Jahren nach Einwirkung eines Trauma's bei dem Pat. entstanden.

2) Prof. Dr. *Forel* demonstrirt das *Ganz*'sche Pinacoscop mit den von ihm angegebenen Hülfsvorrichtungen zur Demonstration microscopischer Präparate. Dieselben sind: eine sehr fein geäzte Glasplatte zur Projection des Bildes im durchscheinenden Lichte und Verwendung möglichst aplanatischer *Zeiss*'scher oder *Hartnack*'scher Linsen. Die Einstellung des Bildes auf der Glasplatte geschieht mit Hülfe eines Blattes weissen Papieres, welches auf Seite des Instrumentes auf die Glasplatte gehalten wird. Das auf das Papier projicirte Bild wird dann der Person, welche das Einstellen besorgt, sichtbar und sie ist im Stande, vollkommen einzig das Bild zu projiciren. Nachdem das Bild auf dem Papiere ganz scharf eingestellt, wird letzteres entfernt und es kann dann das Bild auf der Glasplatte unmittelbar gesehen werden. Vortr. demonstrirt eine Reihe Hirn- und Rückenmarkspräparate mittels des Apparates.

3) Dr. *Th. Wyder*: „Demonstration einer Sammlung macro- und microscopischer gynaecologischer Präparate.“

Der Demonstration schickt Vortr. einige einleitende, das Verhältniss der Gynæcologie zur pathologischen Anatomie betreffende Worte voraus.

Betont wird vor Allem der Aufschwung der Gynæcologie in den letzten Decennien und das namentlich in den letzten Jahren immer mehr erwachende Bedürfniss, auch die pathologisch-anatomische Seite des Faches zu cultiviren, welche

[1]) Erhalten 19. März 1883.



eine Zeit lang von weitaus der Mehrzahl der Gynæcologen zu Gunsten der klinischen stiefmütterlich behandelt worden sei.

Indem Verf. einige diesbezügliche Hauptarbeiten der letzten Jahre auf pathologisch-anatomischem Gebiete hervorhebt, macht er vor Allem auf den Werth der häufigen anatomischen Untersuchung von Genitalien Verstorbener aufmerksam, die selbst dann mit grossem Nutzen vorgenommen werde, wenn keine Anamnese und kein Untersuchungsbefund aus den Lebzeiten der betreffenden Individuen vorhanden seien. Auf diesem Wege haben u. a. *Beigel*, *Winckel* und *Heitzmann* unsere pathologisch-anatomischen Kenntnisse in den letzten Jahren wesentlich modificirt und bereichert.

Verf. geht nun zu einer Schilderung der Untersuchungsmethode von *Winckel* über, die darin besteht, dass sich *Winckel* vom Prosector des städtischen Krankenhauses in Dresden, *Birch-Hirschfeld*, die Genitalien weiblicher Leichen, versehen mit kurzer Angabe über Name, Alter, stattgehabte Geburten und Todesart unsecirt zukommen lässt, diese nun methodisch eröffnet und untersucht und die Sectionsbefunde in ein tabellarisch angeordnetes Protocoll einträgt. Die werthvollern Präparate werden sodann nach Entfernung aller unnützen, das Verständniss nicht beeinflussenden Anhängsel und in vielen Fällen nach Anfertigung von Sagittal- und Frontaldurchschnitten nach Angabe von *Freund* so auf Gittern fixirt, dass das, was demonstrirt werden soll, mit einem Blicke übersehen werden kann.

Auf diese Weise ist die *Winckel*'sche Sammlung gynæcologischer Präparate entstanden, die puncto Eleganz ihrer Ausstattung, Verständlichkeit der zu demonstrirenden Anomalien, Vollständigkeit und Seltenheit einzelner Präparate ihresgleichen sucht.

Photographischer Aufnahme der vorzüglichsten Präparate verdankt auch der *Winckel*'sche Atlas (Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane, in Lichtdruck-Abbildungen, Leipzig 1881) seine Entstehung, dessen Vorzüge sich vor andern ähnlichen Bilderwerken schon aus der Art seines Zustandekommens ergeben.

Vortr. glaubt, dass durch Anlegung einer gynæcologischen Sammlung nach *Freund-Winckel*'scher Methode und häufiges Demonstriren derselben auch der klinische Unterricht viel nutzbringender als bisher gestaltet werden könne, indem schematische Zeichnungen und Vorweisung von Bildern und Präparaten nach alter Methode die directe Beschauung zweckmässig fixirter Präparate nicht zu ersetzen vermögen.

Es folgt hierauf die Demonstration einer kleinen, nach *Freund-Winckel*'scher Methode angelegten Sammlung von Präparaten. Wesentlich erleichtert glaubt der Vortr. das Herumreichen derselben zu haben durch die Construction von Blechplatten mit Bügelklemme und hohem Rande, welche bequemeres Beschauen, das Anbringen von erklärendem Texte oder Skizzen ermöglichen und jede Beschmutzung der Hände vermeiden lassen.

Zum Schlusse folgt die Vorweisung und Erklärung einer Reihe microscopischer Präparate mit dem von Herrn Prof. *Forel* verbesserten Pinacoscop.

Schluss der Sitzung 9¾ Uhr.



Referate und Kritiken.

Deutsche Chirurgie.

Herausgegeben von *Billroth* und *Lücke*.

Lieferung 27, 1. Hälfte: Prof. Dr. *P. Bruns*, Die allgemeine Lehre von den Knochenbrüchen. Stuttgart, F. Enke, 1882.

Die vorliegende Lieferung der „deutschen Chirurgie" verdient volles Lob. Verf. hat es verstanden, das so ausgedehnte Gebiet seiner Arbeit in einen relativ engen Raum zusammenzudrängen, ohne dabei sich des Vorwurfes der Unvollständigkeit oder Oberflächlichkeit schuldig zu machen. Auch die äussere Ausstattung ist eine vorzügliche: dem Texte sind eine grosse Zahl (187) Holzschnitte beigegeben, zum grössten Theile Original-Zeichnungen, welche Verf. von Präparaten der reichhaltigen Sammlung seines verdienten Vaters entnommen.

Den pathologisch-anatomischen und histologischen Verhältnissen wird vor Allem Rechnung getragen und hier hat sich Verf. durch seine Untersuchungen über die Callusbildung besondere Verdienste erworben. Er urgirt dem Perioste die bedeutendste und wichtigste Rolle bei der Knochen-Regeneration und bezeichnet dasselbe als die wesentliche Bildungsstätte des äussern Callus. Doch nimmt er auch den Markcallus an, resultirend aus der knochenbildenden Fähigkeit des Markes.

Die Behandlung der einfachen sowohl wie der complicirten Fracturen ist sehr eingehend erörtert und gerade hier bilden die Abbildungen der Verbandmaterialien eine treffliche Ergänzung des Textes. Den Practiker wird dieses Capitel vor Allem ansprechen: er findet hier in der That Alles, was er für seine speciellen Zwecke wünschen kann.

Kaufmann.

Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten.

Von *H. Hæser*, Professor in Breslau. 3. Band. Geschichte der epidemischen Krankheiten. 3. völlig umgearbeitete Auflage. Jena, Verlag von Gust. Fischer, 1882. 1000 S.

Mit dem vorliegenden 3. Bande, der also die Geschichte der epidemischen Krankheiten in sich fasst, hat des Verf. Geschichte der Medicin ihren Abschluss und zwar einen rühmlichen Abschluss gefunden. Es ist damit in erweiterter und geläuterterer Gestalt ein Werk in die Oeffentlichkeit getreten, das als hervorragendes Denkmal wissenschaftlicher Arbeit anzusehen ist, und auf das die deutsche medicinische Literatur mit Recht stolz sein darf.

Es behandelt Verf. in diesem 3. Bande den gleichen Gegenstand wie *Hirsch* in seinem hist.-geograph.-patholog. Handbuche, nur dass Verf. vorzugsweise den geschichtlichen Standpunct vertritt. Die Darstellungen verlieren etwas an Uebersichtlichkeit dadurch, dass die einzelnen Krankheiten chronologisch getrennt je nach ihrem Auftreten im Alterthum, im Mittelalter und in der neueren Zeit behandelt werden, wodurch eigentlich Zusammengehöriges öfter getrennt erscheint und daher schwieriger zu verfolgen ist. Natürlich ist das 1. Buch, das das Alterthum behandelt, von beschränktem Umfange und am wenigsten geändert, da über diesen Zeitraum nur spärliche und unsichere Quellen fliessen, die differentielle Diagnostik der einzelnen Krankheiten noch auf schwachen Füssen stand. Es sind fast ausschliesslich die Pest und pestartige Krankheiten, die darin vorkommen.

Schon etwas mannigfaltiger gestaltet sich das 2. Buch, das Mittelalter. Zu den Krankheiten des Alterthums treten die acuten Exantheme, die blatternartigen Krankheiten, kommt der Aussatz und das heilige Feuer. In diese Zeit vorzugsweise fallen auch die psychischen Epidemien.

Am reichhaltigsten ist selbstverständlich der Inhalt des 3. Buches, die neuere Zeit. An die bisher behandelten Krankheiten schliessen sich die Geschichte der Syphilis und des englischen Schweisses an. Mit dem Aufschwung der Heilkunde im 16. Jahrhundert lernt man genauer die typhösen Krankheiten, die Ruhr, die Kriebelkrankheit, den Scorbut, die Malaria, die Diphtherie und die Influenza kennen.

In der neuesten Zeit lernt man allmälig die verschiedenen acuten Exantheme unterscheiden, den Abdominaltyphus kennen und schliesslich kommen die ägyptische Ophthalmie, die Cerebrospinalmeningitis, das gelbe Fieber, die Recurrens und die Cholera zur



Behandlung. Bei allen Abschnitten wird auf die begleitenden Cultur-, Witterungs- und geographischen Verhältnisse, auf den herrschenden Krankheitscharakter, auf Ursachen, Entstehung und Verbreitungsweise der Krankheiten, auf die gleichzeitigen Thier- und Pflanzenkrankheiten epidemischer Natur eingehend Rücksicht genommen. Der Schilderung dieser Verhältnisse reihen sich als Anhang die inhaltlich ausführlichen historischen Quellen über die frühere und früheste Geschichte dieser Krankheiten an.

Den Schluss dieses Buches bildet eine kurze Abhandlung über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Entstehung und Verbreitung der epidemischen Krankheiten. Es ist damit ein Werk geschaffen, das nicht nur für den Arzt reiche Quellen der Belehrung birgt, sondern selbst weitergehende wissenschaftliche Interessen befriedigt und daher die möglichst allseitige Verbreitung verdient. *L. W.*

Die Tuberculose in ihrer anatomischen Ausbreitung.

Von *Hjalmar Heiberg*, Professor der pathologischen Anatomie in Christiania.
Leipzig, F. C. W. Vogel.

Verf. gibt in vorliegender Schrift eine klare, nüchterne Uebersicht über die verschiedenen Invasionsstellen des tuberculösen Processes je nach den einzelnen Organen; er betont dabei ausdrücklich, dass diese Darstellung nicht sowohl dem pathologischen Anatomen viel Neues bieten solle, als vielmehr den Practikern gelte, bei denen noch vielerorts die Tuberculose als ausschliessliche Lungenkrankheit oder gar als eine Dyscrasie angesehen werde, während jetzt, wo die Discussion über die Contagiosität der Tuberculose im Vordergrund des Interesses steht, eine Verständigung über den anatomischen Primärsitz des Processes auch für die Practiker nothwendig sei. Was den allgemeinen Standpunct des Verf. in der Tuberculosenfrage betrifft, so steht derselbe auf dem Boden der alten *Lænnec*'schen, in Deutschland neuerdings wenigstens theilweise von *Rindfleisch*, *Baumgarten*, *Cohnheim* und *Koch* wieder aufgenommenen Unitätslehre, die auch in Frankreich besonders durch *Graucher* wieder gestützt worden ist. Auf diesem unistischen Boden fussend überzeugte sich der Verf., dass auch in jedem Fall von Lungenphthise wirkliche Tuberkel zu finden sind und zwar als interalveoläre Neubildung oder Infiltration und in dieser Form als tuberculöser Primärprocess, dem sich dann die intraalveolären pneumonischen Exsudate als secundäre Processe beigesellen.

Den Tuberkel selbst (miliar oder infiltrirt) reiht er im Allgemeinen den Neubildungen an; freilich unterscheidet sich die Entwicklung der Tuberkel von derjenigen der bösartigen Geschwülste darin, dass wir in ersterm Falle öfters verschiedene Primärherde innerhalb eines Individuums annehmen müssen, was bekanntlich bei letztern selten ist. Die Frage der Uebertragbarkeit der Tuberculose wird nicht berührt, da Verf. sich vermuthlich an die anatomische Seite der Frage hält. In Bezug auf die spätern Schicksale der Tuberkel pflichtet Verf. *Graucher* darin bei, dass eine fibröse Umwandlung statt käsiger Entartung, unter Umständen also eine Heilung der Tuberkel zu Stande komme und zwar sowohl in den Lungen wie auch bei tuberculösen Gelenk- und Knochenaffectionen, Hodenentzündungen und Darmgeschwüren.

Uebergehend auf die einzelnen Primärsitze der Tuberculose nennt Verf. vor Allem als Haupt-Prædilectionsstelle die Lungen, erinnert aber auch hier wieder daran, dass tuberculöse Processe in andern Organen vorkommen können, ohne Lungenaffection, was so oft von den Aerzten übersehen werde. Nach den Lungen rangirt als häufigster Sitz primärer Tuberculose der Darmcanal, dann Gelenke, Knochen, Urogenitalsystem, Nebennieren, Lymphdrüsen und Haut.

Die tuberculösen Processe der Lungen betreffend, ist Verf. der Ansicht, dass immer eigentliche Tuberkel als interalveoläre oder peribronchitische Ablagerungen und zwar fast ausnahmslos in den Lungenspitzen beginnend, den Anfang bilden, von hier aus nach abwärts vorrücken und in der Folge mannigfaltige pneumonische Entzündungen exsudativer und interstitieller Natur im Gefolge haben. Eine wirkliche Ausheilung dieser Processe durch fibröse Umwandlung wird nicht selten am Leichentische beobachtet.

Die Darmtuberculose, zwar gewöhnlich mit Lungentuberculose vorkommend (Infection durch verschlucktes Expectorat) kann auch viel weiter fortgeschritten als letztere oder auch isolirt vorkommen, besonders bei Kindern als tuberculöser Primäraffect. Sie kann durch Weiterführung käsigen Materials durch die mesenterialen Lymphgefässe



zur käsigen Entartung der betreffenden Lymphdrüsen zur „tabes mesaraica", zur tuberculösen Peritonitis oder auch nur zu Geschwürsbildung innerhalb des Darmes führen. Auch hier ist Ausheilung tuberculöser Darmgeschwüre mit oder ohne Narbenstrictur möglich.

Die Primärtuberculose der Knochen und Synovialhäute ist auch nach der Meinung des Verf. meist in den fungösen Gelenkentzündungen zu suchen, die in ihrer grossen Mehrzahl tuberculöser Natur sind. Nur möchte er etwas weniger constant als *Volkmann* den ersten Sitz der Tuberkel in die Spongiosa der Gelenkenden, sondern in mehreren Fällen in die Synovialis verlegen. Die Gelenktuberculose ist der Lungentuberculose völlig analog in ihrem Fortschreiten und einer grossen Lungencaverne sieht nichts ähnlicher als ein stark destruirtes tuberculöses Hüftgelenk. Von den Gelenken kann sich der Process so gut generalisiren wie von den andern Primärsitzen aus.

Die instructivsten Bilder fortkriechender Tuberculose liefert die Urogenitaltuberculose. Beim Manne kann Primärsitz sein Epididymis, Hoden, Prostata oder auch Niere und der Process nach aufwärts oder abwärts wandern unter Tuberkel-Eruption und folgender käsiger Degeneration.

Beim Weibe, wo Urogenital-Tuberculose seltener, ist die Affection der Harnwerkzeuge von derjenigen der Sexualorgane unabhängiger, entsprechend den anatomischen Verhältnissen.

Tuberculose der Nebenniere bietet als Primäraffect nicht selten Interesse durch die begleitende Broncekrankheit.

Die Lymphdrüsen sind meist secundär ergriffen und auch bei alleiniger scrophulöser Erkrankung der Halsdrüsen ohne weitere tuberculöse Affection ist es leicht denkbar, dass die ursprünglich die Drüsenschwellung hervorrufenden Augen- oder Ohrenerkrankungen specifisch tuberculöser Natur waren und als einzigen Rest eben die käsigen Drüsen hinterliessen. Immerhin können auch die Lymphdrüsen nach Meinung des Verf. wirklich primär tuberculös erkranken.

Primärtuberculose des Gehirns kommt vor als solitäre Tuberkel (öfters neben chronischen Ohrenentzündungen), diejenige der Haut, wie *Friedländer* constatirte als lupus exulcerans.

Die serösen Häute sind als Primärsitz im gleichen Falle wie die Lymphdrüsen: die Zahl der sogen. primär tuberculösen Entzündungen derselben schrumpft bei näherer Untersuchung immer mehr zusammen und manche vermeintlich primäre tuberculöse Meningitis z. B. weist sich aus als von einem käsigen Processe des Mittelohrs fortgeleitet.

Dr. *L. Rütimeyer*.

Die Porro-Operation oder die neue Kaiserschnittmethode nach Porro und ihre moralischen Grenzen.

Von Dr. *Schlemmer*. Stuttgart, Enke.

Den ersten Theil der Arbeit, in dem die Geschichte der Porrooperation, die ursprüngliche Technik und die Modificationen derselben, namentlich extra- und intraperitoneale Behandlung des Stieles besprochen werden, können wir übergehen, da er nur Bekanntes enthält. Die Beschreibung einer vom Verf. angegebenen Uterusnaht und seines Schlingenschnürers mögen im Original nachgelesen werden.

Wichtiger ist der zweite Theil, in welchem die moralische Berechtigung der Operation behandelt wird. Als Präventiv gegen Schwängerung, lediglich wegen Beckenenge, ist sie „gesetzwidrig und unmoralisch"; denn sie beraubt die betreffende Frau der Zeugungsfähigkeit, was in Deutschland mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren und Gefängniss nicht unter einem Jahr bestraft wird. Ein Grund dazu liegt in diesen Fällen (Beckenenge) nicht vor, da man schon ohne Antisepsis bei wiederholtem Kaiserschnitt 70% Heilungen hatte und dieses Verhältniss gewiss noch besser werden wird. Ferner ist die Ausübung der ehelichen Pflichten mit einer notorisch Castrirten nach christlichen und jüdischen Satzungen unerlaubt. Es gibt nur zwei Gründe, welche zur Porrooperation berechtigen: 1) Degeneration der betreffenden Weichtheile, deren Nichtentfernung nach heutigen Begriffen in Bälde absolut Absterben herbeiführt. 2) Gänzliche, den Lochienabfluss unmöglich machende, Atresie der Scheide, ebenso Occlusion der Scheide durch Neubildungen im kleinen Becken.

Gœnner.



Zellsubstanz, Kern und Zelltheilung.

Von *W. Flemming*, Professor an der Universität Kiel. Mit 24 Textbildern und 8 Tafeln. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1882.

Dieses Buch enthält das Gesammtcapital unserer heutigen Kenntnisse über die in dem Titel enthaltenen Gegenstände. Das sind allerdings microscopische Gebilde des Thier- und Pflanzenkörpers, allein in ihnen spielen sich eben in letzter Instanz die Lebensvorgänge ab. Was das Individuum im Staat, das sind sie in dem Organismus. Das meiste von den neuen Erfahrungen über die Vorgänge in der Zelle wurde in den letzten 8 Jahren ermittelt durch vielseitige Arbeit auf den verschiedenen Gebieten der Botanik, Zoologie, der Entwicklungsgeschichte und der pathologischen Anatomie. Der Autor stand selbst in erster Reihe unter den Arbeitern, und er hat Vortreffliches geleistet. Bei der Mittheilung der zartesten und complicirtesten Structuren, die zumeist nur unter Tauchlinsen und künstlicher Beleuchtung sichtbar werden, sind gute Abbildungen unerlässlich. Die Verlagsbuchhandlung hat nun das Werk mit überraschend schönen Tafeln ausstatten lassen. Sie gehören mit zu dem Besten, was der deutsche Buchhandel in diesen zarten Darstellungen complicirter Structuren liefert, und der Kenner dieser seltsamen, verschlungenen Linien und Figuren ist überrascht, diese vergänglichen Bilder hier mit solcher Schönheit auf das Papier fixirt zu sehen. *Kollmann.*

Die Cathartica,

ihre physiologischen Wirkungen, ihre Adjuvantien und Corrigentien und die Indicationen, sie zu verordnen. Von Dr. *Th. Knebusch.* Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1882. 62 S. kl. 8⁰.

Bei Bearbeitung dieser kleinen Monographie ist kein neuer Gesichtspunct leitend gewesen. Die Arbeit gipfelt in der 5. Abtheilung: „specielle Indicationen und Verordnungen der C.“ : d. i. einer Sammlung von 116 Recepten, die insofern gerechtfertigt ist, als die Abführmittel mit Recht in complicirtern Formeln pflegen angewandt zu werden.

D. B.

Zeitschrift für vergleichende Augenheilkunde.

Von *Berlin* und *Eversbusch.* 1882. Heft 1. Leipzig, *F. C. W. Vogel*, p. 76.

Von den 6 jährlich erscheinenden Heften der „Deutschen Zeitschrift für Thiermedicin und vergleichende Pathologie“ sollen in Zukunft 2 der vergleichenden Augenheilkunde gewidmet sein.

Das vorliegende erste Heft ist eingeleitet durch einen kurzen historischen Ueberblick, die Veterinärophthalmologie betreffend. Aus demselben erfahren wir u. A., dass nach *Wardrop*'s Aussage die so fruchtbare therapeutische Idee, bei beginnender sympathischer Ophthalmie das erst erkrankte Auge zu opfern, von den Thierärzten ausgegangen sei. Dann wird mitgetheilt, dass dem Beispiele der Thierarzneischule in Stuttgart, welche im Jahre 1875 Prof. *Berlin* als Lehrer der vergleichenden Augenheilkunde berufen hat, bald die Thierarzneischulen in Hannover (Dr. *Esberg*) und München (Dr. *Eversbusch*) gefolgt sind, und dass ähnliche Ernennungen für Berlin und Würzburg bevorstehen. Aus diesem Bestreben die Errungenschaften der menschlichen Augenheilkunde auch für die Thierheilkunde zu verwerthen, musste von selbst das Bedürfniss nach einem publicistischen Organ hervorgehen. Das Ziel desselben ist die Entwicklung einer vergleichenden klinischen Augenheilkunde, für welche es zunächst vor Allem exacter Détailbeobachtungen auf physiologischem, anatomischem und namentlich auf klinischem Gebiete bedarf.

Es folgen dann als Originalaufsätze:

1) *Wolfskehl*, über den Astigmatismus in Thieraugen und die Bedeutung der spaltförmigen Pupille.

2) *Berlin*, über den physicalisch-optischen Bau des Pferdeauges.

3) *Westrum*, Beobachtungen von sog. Stauungspupille beim Hunde I.

4) *Eversbusch*, vergleichende Studien über den feinern Bau der Iris.

Zum Schluss noch 27 Referate über die wichtigsten Arbeiten aus dem Gebiete der vergleichenden Anatomie des Auges und der Pathologie und Therapie der Augenkrankheiten der Thiere aus dem Jahre 1880. *Hosch.*



Cantonale Correspondenzen.

Luzern. Dr. *Adrian Imbach* †. Kaum haben wir am Schlusse des alten Jahres einigen jüngern, so früh dahingeschiedenen Collegen unser letztes Lebewohl zugerufen, so kommt schon beim Anfang des neuen die Trauerkunde vom Tode unseres lieben Freundes und Collegen Dr. *Adrian Imbach* von Sursee, der den 19. Jänner a. c. in San Remo einer rasch verlaufenden Phthisis erlag.

Imbach bezog im Wintersemester 1874 die Universität Zürich, allwo er dann im Wintersemester 1876 sein medicinisch-propædeutisches Examen mit Auszeichnung bestand. Während des Sommersemesters 1877 studirte er in Heidelberg, kehrte dann nach Zürich zurück und absolvirte am 3. März 1880 (am Todestage seiner von ihm so innig geliebten Mutter) ein glänzendes Staatsexamen.

Imbach bleibt seinen vielen Freunden und Collegen unvergesslich. — Mit einem offenen und geraden Charakter, einem stets heitern Gemüth, gehoben durch sein eminentes musicalisches Talent, und einer hohen Begeisterung für alles Gute und Schöne paarte er ein gediegenes und solides allgemeines und medicinisches Wissen.

Leider war es ihm nicht lange vergönnt, dieses letztere fruchtbar zu verwerthen. — Nach einem für ihn unbedingt allzulangen Aufenthalt in seiner Vaterstadt, wo für den strebsamen Arzt keine günstige Luft wehte, domicilirte sich *Imbach* im August 1882 in Altstetten (bei Zürich). Leider wurde er daselbst nach einer kaum halbjährigen, vielversprechenden Praxis der Art von einer rasch verlaufenden Phthisis pulm. heimgesucht, dass er nur unter grossen Beschwerden die Reise nach San Remo, wo er Linderung für sein Leiden erhoffte, vollbringen konnte, um dort nach kaum zweimonatlichem Aufenthalt, fern von seinen vielen Freunden, im Alter von kaum 30 Jahren zu erliegen.

Mit *Adrian Imbach* ist die einzige Stütze und die schönste Hoffnung eines betagten Vaters zu Grabe getragen worden und uns ein lieber, unvergesslicher Freund. R. J. P.
E. K.

Bad Schinznach. In dem Bade Schinznach ist nach langer Erwägung endlich ein neues Badehaus für die Besucher des dortigen Badespitales erbaut worden, welches schon in der kommenden Saison benützt werden kann.

Das uralte Badehaus, welches in früheren Zeiten den bescheidenen Ansprüchen der fremden und vornehmen Badegäste gedient hatte und später den Armen eingeräumt worden ist, musste wegen Baufälligkeit abgetragen werden. Diese baulichen Veränderungen bringen es mit sich, dass die Badarmenanstalt nunmehr mitten in englische Anlagen hinein zu liegen kommt — ein Umstand, welcher neben den vielen Verbesserungen der letzten Jahre den Armen in hohem Grade zu gut kommt. Es wurden nämlich nicht nur die Wohnräume des Spitals gänzlich umgebaut, sondern auch die Ernährungsweise auf einen bessern Fuss gestellt.

Die Beseitigung des alten Badehauses führte die Besitzer nolens volens aber auch auf andere Verbesserungen, welche schon längst im Wurfe waren, aber bisher an der grundlosen Furcht vor dem „Rütteln an der Quelle" scheiterten. Unter den Auspizien des Herrn Prof. *Heim* wurde der Quellenschacht mit enormen Anstrengungen trocken gelegt, der Quellengrund untersucht, vertieft und das Mineralwasser gefasst. Dieses dringt aus fünf Spalten des Dolomitfelsens, auf welchen nunmehr ein solider Mantel von Cement gebaut wurde, herauf und zwar in einer Quantität, welche Herr Prof. *Heim* auf 1000 Liter per Minute angibt.

Bei diesem Anlasse kam man auch auf den Grund der schwärzlichen Trübung des Thermalwassers, welche zeitweise bei starkem und anhaltendem Pumpen beobachtet wurde. Die hölzerne Fassung war nämlich mit schwarzem Letten verstampft, wurde dann aber, da sie nicht hermetisch auf dem Quellengrund aufsass, allmälig hinterwaschen, so dass sich aus dem Letten und den Bestandtheilen des Wassers ein schwärzliches Depot in der Quelle bildete, welches leicht aufgerührt und in die Leitungen mitgerissen wurde.

Ueber der Quelle wird nun ein offener Pavillon gebaut, so dass dieselbe für Jedermann zugänglich und sichtbar sein wird; auf diese Weise dürfte dem althergebrachten Gerede, als ob das Schinznacher Wasser „fabricirt" werde, um so mehr ein Ziel und



Ende gesetzt werden, als der Ueberlauf, der sich in die Aare ergiesst, ein ordentliches Bächlein von warmem grünem Schwefelwasser bildet. Die unternehmende Gesellschaft aber dürfte sich die Therme durch diese Operationen wohl für alle Zeiten gesichert haben.

Amsler.

Wochenbericht.

Schweiz.

— Die **26. Versammlung des ärztlichen Centralvereins** findet Samstag, den 26. Mai, in Basel statt. Das Programm wird in nächster Nummer mitgetheilt werden.

— Die eidg. Commission zur **Bekämpfung des Alcoholismus** versammelte sich unter dem Vorsitze von Herrn Bundesrath *Schenk* in Bern. Nach einem Ueberblick der Thätigkeit der Vorconferenz, welche das Arbeitsprogramm aufstellte, bezeichnete das Präsidium die Vorsteher der drei grossen Gruppen, in welche sich die Plenarconferenz zur Vertheilung der Arbeit scheiden solle. Diese 3 Gruppen, welche sich mit Berathung der Mittel und Wege zur Bekämpfung des Alcoholismus zu befassen haben werden, sind:

1) Auf Grundlage grundsätzlicher Handels- und Gewerbefreiheit: Präsident Herr Ständerath *Birmann* (Liestal); 2) auf Grundlage der Monopolisirung der Alcoholfabrication und des Alcoholhandels, Präsident Herr Staatsrath Dr. *Roulet* (Neuenburg); 3) Untersuchung betr. den thatsächlichen Zustand des Alcoholismus in den Gemeinden der Schweiz, Präsident Herr Pfarrer *Kempin* (Zürich).

Die bestellten Gruppen einigten sich sodann über die Annahme des Arbeitsprogrammes und damit war mit einem Schlussvotum des Herrn Bundesrath *Schenk* die Conferenz beendigt. Als Schlusstermin für die Einsendung der Arbeiten dieser drei Gruppen wurde der 31. December 1883 angesehen.

Ragaz-Pfäfers. Eine amtliche Publication theilt uns mit, dass die letztes Frühjahr in Folge der aussergewöhnlichen Niederschlagsverhältnisse stattgefundene kurze Störung der Pfäferser Quellen sich schon im gleichen Sommer gehoben hat und dass das Wasserquantum der Thermalquellen heute so reichhaltig ist als es je war. —

St. Gallen. Wir tragen heute nach, dass der verstorbene College Dr. *Laurenz Vetsch*, 78 Jahre alt, ein kluger, rechtschaffener Mann und trefflicher Practiker, mehr als 50 Jahre in Grabs practicirte und dass — im Gegensatze zu diesem arbeitsreichen Leben — der vielbeschäftigte College Dr. *Gustav Stadler* in Wyl, erst 32 Jahre alt, seinen Kranken und Freunden entrissen wurde.

Tessin. Sociale Stellung der Aerzte. Memoria della Società medica della Svizzera italiana presentata ai poteri legislativo ed esecutivo del Cantone Ticino. Diese Denkschrift an die Cantonsregierung ist die erste Arbeit der im letzten November gegründeten Gesellschaft der Tessiner Aerzte. Wir haben dieselbe mit Interesse gelesen, weil sie viele ganz eigenthümliche Verhältnisse des Arztes gegenüber den Gemeinden, dem Canton und dem Publicum aufdeckt.

Schon im Einleitungsschreiben an den Consiglio di Stato finden wir wörtlich: „Unsere Vereinsstatuten werden wir Ihnen, geehrte Herren, später, sobald dieselben von der nächsten Generalversammlung gutgeheissen sind, zur schuldigen regierungsräthlichen Approbation — debita approvazione governativa — unterbreiten.“ Im gleichen Schreiben wird zwar vom Canton eine jährliche Unterstützung von Fr. 500 für die Gesellschaft verlangt; das könnte die Unterbreitung der Statuten zur Genehmigung erklären; jedoch lässt das Wort debita, das weiter oben steht, wo noch von keiner Unterstützung die Rede ist, eine cantonale Bestimmung vermuthen, die weder republicanisch noch im Sinne unserer Bundesverfassung wäre.

Im Weitern zerfällt die Denkschrift in 10 Abschnitte und handelt zum weitaus grössten Theil von der Stellung des Bezirksarztes (medico-condotto). Der Canton Tessin ist nämlich in ärztliche Bezirke eingetheilt. Jeder Bezirk (circondario medico) wählt und besoldet einen Arzt, der vom Canton eine Gehaltszulage erhält, aber was für eine! Laut Seite 19 der Denkschrift hat der Bezirksarzt gratis alle Armen, Landjäger, Insassen der Bezirksgefängnisse, reisenden Militärs zu behandeln, gratis die Kinder, Recruten und

Soldaten zu impfen und zu revacciniren, einmal jeden Monat alle grössern und kleinern Elementarschulen, Apotheken und einfachen Medicinalniederlagen seines Bezirkes zu besuchen, die Ausführung der öffentlichen und privaten Gesundheitsgesetze zu überwachen und im Sommer dem Regierungscommissär und am Ende jedes Jahres der Direzione d'Igiene Rapport zu erstatten; sodann bei Epidemien alle Vorsichtsmaassregeln zu treffen, Anzeigen an die Behörden zu machen, Statistiken anzufertigen und — was noch am wichtigsten — sich wohl vorzusehen, dass er seinen Platz nie verlässt. Als officieller Gerichtsarzt (medico-perito) ist er gehalten, sich gratis allen Aufträgen des Friedensrichters und Gerichtsinstructors zu unterziehen und alle gerichtsärztlichen Arbeiten (wie z. B. chemische Untersuchungen, Sectionen) auszuführen, welche die Gerichte, die Staatsanwaltschaft und die Assissen von ihm verlangen. Und das Alles für einen Staatszuschuss von Fr. 150 jährlich, wovon der Canton als Berufstaxe Fr. 20 zurückerhält!

Während andere öffentliche Angestellte mit der Zeit besser bezahlt wurden, so namentlich die Thierärzte, schindet sich der medico condotto — „questo martiro delle umane sofferenze“ — (dieser Märtyrer der menschlichen Leiden) um kargen Lohn für die blos zweibeinige Menschenrace ab. Da der Bezirksarzt aus den Gemeindecassen bezahlt wird, missbraucht man ihn, ruft ihn wegen Kleinigkeiten in entfernte Ortschaften, und wenn er, aus nichtigem Grund mitten in seiner wohlverdienten Nachtruhe gestört, sich darüber beschwert, antwortet man ihm: „siete pagato per questo“ (Ihr seid dafür bezahlt!). Ist ein Arzt ohne Stelle und vielleicht in Geldverlegenheit, so lässt er sich verleiten, unter schlechtern Bedingungen als die gesetzlichen medico-condotto zu werden.

Nach vier Jahren unterliegt jeder Bezirksarzt einer Wiederwahl, die manchmal aus politischen oder andern ungerechten Gründen g e g e n ihn ausfällt und ihn plötzlich auf die Strasse setzt. Kein Wunder, sagt die Denkschrift, dass die Bezirksärzte wie die Aerzte überhaupt im Tessin seltener werden, dass ein einziger Arzt zwei Bezirke übernimmt, ohne sie besorgen zu können und dass 4339 Einwohner ohne alle ärztliche Hülfe bleiben müssen.

Gegen alle diese Uebelstände macht die Denkschrift ausführliche Vorschläge. Sie will die humane Einrichtung der medici-condotti nicht aufheben, dieselben aber so gestellt wissen, dass sie anständig sich und die Ihrigen durchbringen können: der Canton soll in Zukunft jedem Bezirksarzt eine fixe Gehaltszulage von Fr. 300 machen und zudem den Bezirken zur Besoldung ihrer Aerzte je nach den Verhältnissen Unterstützungen bis zu Fr. 500 gewähren; ausserdem soll der Bezirksarzt von jeder Bezirksseele Fr. 1. 50 beziehen, was aber nicht unter Fr. 2500 ausmachen darf. Das weitere Verlangen, dass dem Arzt halbjährlich von den Gemeinden die Bevölkerungs- und Steuertabellen zugeschickt werden, damit er selbst controliren könne, ob etwa eine Seele ohne Tribut durchgeschlüpft, wird hoffentlich im Interesse des Friedens zwischen den Bezirksärzten und den Gemeinderäthen, sowie der gegenseitigen Achtung abgewiesen werden. — Was der Bezirksarzt bis jetzt für Besuche rechnen durfte, erfahren wir aus der Denkschrift nicht, für Besuche am Tage macht sie auch keine Vorschläge, dagegen verlangt sie für Nachtvisiten Fr. 3 am Wohnort und Fr. 5 ausserhalb desselben. Ferner sollen Diejenigen, welche den Bezirksarzt wegen nichtigen Gründen rufen lassen, gebüsst werden (!). Das wird in praxi schwierig nachzuweisen sein! Es schadet aber gar nicht, dass diese Sünden des Publicums zur öffentlichen Discussion kommen.

Sodann wollen die Tessiner Aerzte, dass der Staat jeden Contract zwischen Arzt und Bezirk, bevor er in Kraft tritt, auf seine Gesetzlichkeit prüfe, dass der Contract bis zur Kündung oder aber wenigstens acht statt vier Jahre dauere und Streitigkeiten von einem medicinischen Schwurgericht unter dem Vorsitz eines Staatsrathsmitgliedes entschieden werden.

Von den gerichtsärztlichen Functionen des Bezirksarztes will die Denkschrift nur diejenigen gratis geleistet wissen, welche sonst der Staat zu bezahlen hätte; auch unter diesen Arbeiten sollen Autopsien, Erscheinen vor Gericht und alle Gutachten, die man nach vollendeter richterlicher Untersuchung abverlangt, honorirt werden. Die Honorare für alle gerichtsärztlichen Arbeiten jedoch, welche von den Parteien zu bezahlen sind, sollen dem Bezirksarzt zukommen und zwar Fr. 5 für einfache Atteste, Fr. 20 für eine Untersuchung und Berichterstattung am Wohnorte, Fr. 30 für eine Section u. s. w. Dieselben Taxen werden auch für Privatärzte verlangt, die ausnahmsweise einmal zu



gerichtsärztlichen Functionen zugezogen werden; bisher erhielt so einer Fr. 5 für jeden Arbeitstag an seinem Wohnort, Fr. 10 ausserhalb seines Wohnortes, dazu 20 Cts. für jeden Kilometer Hin- und Rückreise! —

Eine interessante Pflicht wurde den Bezirksärzten und Hebammen durch officielle Circulare der Jahre 1871 und 1877 (!) eingeschärft, nämlich: jeden Fall ausserehelicher Schwangerschaft, der in irgend einer Weise — in qualsiasi modo — zu ihrer Kenntniss gelangt, der betreffenden Gemeindsbehörde sofort anzuzeigen. Wir hätten gerne erfahren, welche Vorkommnisse dieses illegitime Geistesproduct gezeugt; wahrscheinlich wollte man damit häufig gewordenen Missbräuchen und Verbrechen vorbeugen. Den Verfassern der Denkschrift wurde es nicht schwer, mit kurzen Worten zu zeigen, dass die Bestimmung ungerecht, schädlich, absolut nicht durchführbar und deshalb zu streichen sei.

Zum Schlusse wird noch das regolamento di sanità pubblica vom Jahre 1837 secirt. Dasselbe sei in jeder Beziehung veraltet und wäre besonders im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege ein neuer Codice sanitario ticinese sehr zu wünschen. In diesem sollten, wie des Weitern ausgeführt wird, gewisse Bestimmungen über ärztliche Honorare enthalten sein, z. B. für Leistungen, die im Auftrag von Behörden gemacht werden, für Fälle, die der Arzt als dringende zu behandeln gezwungen ist, für die höhere Chirurgie der Bezirksärzte u. s. w.

Unterzeichnet ist die Denkschrift von der Redactionscommission: *G. Casella*, *P. Pellanda*, *P. Pedrazzini* und *G. Scazziga*, sowie vom Vorstand der ärztlichen Gesellschaft: *P. Pellanda*, *G. Reali* und *P. Pedrazzini*.

Die 31 Quartseiten grosse Denkschrift ist mit jugendlichem Feuer und italienischer Beredtsamkeit geschrieben, nach cisalpinem Geschmack vielleicht etwas zu ausführlich und auch zu einseitig pro domo. Wir begreifen jedoch, dass unsere fratelli ticinesi unter den geschilderten Verhältnissen sich erst ihre eigenen Lebensbedingungen sichern müssen, bevor sie sich der salus publica mit Nutzen widmen können, und wünschen ihnen aufrichtig, dass sie ihr Ziel bald und ganz erreichen mögen.

J. M. L.

Ausland.

Deutschland. Neues Narcoticum. Dr. *v. Mering* (Strassburg) empfiehlt das Acetal ($C_6 H_{14} O_2 = CH_3 . CH (OC_2 H_5) 2$) als Hypnoticum. Dosis 10—12,0 pro dosi (in 1—2 Stunden, Ref.) und zwar am besten als Emulsion: Acetal 12,0, Gummi arab. 15,0, Aq. flor. Aurantii 25,0. Es ätzt weniger als Chloral und wirkt weniger lähmend auf das Herz, doch ist auch seine Wirkung schwächer.

(Berl. klin. Wochenschr.)

Wiesbaden. II. Congress für innere Medicin. Vom 18.—21. April d. J. findet zu Wiesbaden der zweite Congress für innere Medicin statt. Programm. Dienstag, den 17. April. Abends von 7 Uhr ab: Begrüssung in den Restaurationssälen des Curhauses. Mittwoch, den 18. April. Erste Sitzung. Von 10—1 Uhr. I. Eröffnung durch Herrn *Frerichs*. II. Ueber Tuberculose. Referent: Herr *Rühle* (Bonn).. Correferent: Herr *Lichtheim* (Bern). Discussion. III. Vorträge. Nachmittags von 3—5 Uhr. Vorträge und Demonstrationen. Donnerstag, den 19. April. Zweite Sitzung. Von 9—12 Uhr. I. Ueber Diphtherie. Referent: Herr *Gerhardt* (Würzburg). Correferent: Herr *Klebs* (Zürich). Discussion. II. Vorträge. Nachmittags von 2—4 Uhr. Vorträge und Demonstrationen. Abends 6 Uhr. Fest-Diner. Freitag, den 20. April. Dritte Sitzung. Von 9—12 Uhr. I. Ueber die abortive Behandlung der Infectionskrankheiten. Referent: Herr *Binz* (Bonn). Correferent: Herr *Rossbach* (Jena). Discussion. II. Vorträge. Nachmittags von 2—4 Uhr. Vorträge und Demonstrationen. Samstag, den 21. April. Vormittags von 9—12 Uhr. Schlusssitzung.

Angemeldete Vorträge: *Mosler* (Greifswald): Ueber Lungenchirurgie. *Leube* (Erlangen): Aus dem Gebiete der Magenkrankheiten. *Fleischer* (Erlangen): Ueber Untersuchungen des Speichels von Nierenkranken. *Penzold* (Erlangen): Ueber Albuminurie. *Ebstein* (Göttingen): Kurzer demonstrativer Vortrag aus dem Gebiete der Erkrankungen der Harnorgane. *R. v. Jacksch* (Wien): Neue Beobachtungen über Acetonurie und Diaceturie. *Kühne* (Wiesbaden): Ueber die Entstehungsursachen der pflanzlichen und thierischen Gewebsneubildungen. *Ponfick* (Breslau): Ueber Nephritis hæmoglobinurica. *Biedert* (Hagenau):

Vortrag und Demonstration der wichtigsten Präparate für Kinderernährung. *R. Koch* (Berlin): Thema noch vorbehalten. *Basch* (Wien): Thema noch vorbehalten. *Rossbach* und *Binz:* Demonstration neuer pharmacologischer Präparate. *Seitz* (Wiesbaden): Aufgaben der ärztlichen Privathygieine beim Ausbruch epidemisch-contagiöser Krankheiten.

Eintrittskarte für Mitglieder und Theilnehmer 15 Mark.

Die officielle Publication der Verhandlungen dieses Congresses wird baldmöglichst nach demselben im Verlage von J. F. Bergmann in Wiesbaden erscheinen, welche Firma auch die vorjährigen Verhandlungen des ersten Congresses für innere Medicin, herausgegeben von Geheimrath Prof. Dr. *Leyden* und Geheimrath Prof. Dr. *Seitz*, verlegt hat, in denen u. A. die jetzt auf's Neue so lebhaft besprochenen *Koch*'schen Untersuchungen über die Tuberkelbacillen und *Leyden*'s Vortrag über die *Bright*'sche Krankheit enthalten sind.

Frankreich. Schwindel. Wie unverschämt die Reclame sich aufdrängt, zeigt uns von Neuem ein soeben erhaltenes Circular der Firma Fayard, Blayn & Cie. in Paris, die ihr bekanntes Papier anpreisen und unter Anderm sagen: . . . „es heilt sie (scil. „die Wunden jeder Art“) schnell, ohne irgend eine Spur einer Narbe zu hinterlassen . . . Durch seine energische Wirkung beseitigt es jede Gefahr purulenter Resorption. Die abundante Eiterung, die es hervorruft, ist eine nothwendige Ausscheidung, unvermeidlich, um zu einem sichern und gesunden Resultate zu gelangen“. . . Und das wird zur Zeit *Lister*'s uns Aerzten geboten!

Paris. III. internationaler otologischer Congress in Basel. Den 18. März fand in Paris unter dem Präsidium von Prof *Burckhardt-Merian* eine constituirende Sitzung statt des Organisationscomités für den III. internationalen otologischen Congress. Anwesend waren die Herren Dr. *Arthur Hartmann* (Berlin), Dr. *Löwenberg* (Paris), Dr. *Menière* (Paris) und Prof. *Politzer* (Wien); Dr. *Sapolini* (Mailand) hatte seine Abwesenheit entschuldigt.

Es wurde beschlossen, an der im September 1880 in Mailand getroffenen Bestimmung festzuhalten und in der ersten Woche Septembers 1884 in Basel den Congress stattfinden zu lassen. — Die erste Septemberwoche schien deshalb der geeignetste Zeitpunct, weil vom 10.—16. August 1884 in Copenhagen der internationale Congress der medic. Wissenschaften stattfinden soll, und das Comité glaubte annehmen zu dürfen, dass die Specialcollegen, die aus Amerika und andern ferner liegenden Ländern zum Basler Congress sich begeben würden, z. Th. gerne vorher an der Copenhagener Zusammenkunft sich betheiligen würden, was durch diese Bestimmung ohne zu grossen Zeitverlust möglich gemacht wird.

Das Comité ergänzte sich ferner durch die Herren *Dalby* und *Urban Prichard* in London und die Herren *Blake* (Boston) und *Roosa* (New-York).

Mit der Ausführung der weiteren nöthigen Schritte wurde nach Besprechung und Festsetzung derselben das Präsidium betraut.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. März bis 10. April 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Rötheln 6 Fälle aus Kleinbasel (15).

Morbilli 8 Fälle, wovon 5 ebenfalls in Kleinbasel.

Varicellen 6 Fälle (7, 6, 2).

Scharlach 16 Erkrankungen (21, 21, 7), zerstreut über die Stadt.

Typhus 2 vereinzelte Erkrankungen im Birsig- und im Birsthale (14, 7, 7).

Diphtherie 13 Erkrankungen (13, 10, 7) in allen Stadttheilen, die meisten auf dem Südostplateau.

Erysipelas 7 Erkrankungen zerstreut in allen Stadttheilen.

Pertussis 21 Anzeigen (10, 22, 13), die Mehrzahl aus Kleinbasel.

Puerperalfieber 1 Fall auf dem Nordwestplateau.

Von Icterus sind 5 Erkrankungen angezeigt, 3 auf dem Nordwestplateau, 4 Kinder betreffend.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 9. XIII. Jahrg. 1883. 1. Mai.

Original-Arbeiten.

Aus der Basler psychiatrischen Klinik.

Von Prof. L. Wille.

I. Nierenkrankheiten und Psychosen.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass unter den Geistesstörungen veranlassenden Ursachen körperliche Krankheiten, allgemeine wie solche bestimmter Organe, acute wie chronische, fieberhafte wie fieberlose, eine gewisse Rolle spielen. Wir sehen unter ihrem Einflusse bis dahin geistesgesunde Menschen geisteskrank werden. Da es nicht immer dabei um Menschen sich handelt, die aus irgendwie innern Gründen, also etwa aus angeborener oder erworbener Anlage, grosse Neigung zu solchen Störungen haben, liegen ohne Zweifel in diesen körperlichen Krankheiten die Einflüsse auf das centrale Nervensystem, die krankhafte geistige Processe bedingen. Sie können sich auf directem Wege geltend machen, indem solche pathologische Vorgänge im Hirne durch die begleitende Krankheit unmittelbar hervorgerufen werden, die Geistesstörungen erzeugen. Oder es geschieht dies auf indirectem Wege, indem dadurch zunächst Veränderungen, Störungen, Abschwächungen der gesammten Constitution herbeigeführt werden, also gewissermaassen allgemeine Ernährungsstörungen, die erst von sich aus wieder eine abnorme Ernährung des Hirns und damit Geistesstörung bedingen. Wir beobachten solche Wirkungen bei den acuten Rheumatismen, Pneumonien, Erysipelen, acuten Infectionskrankheiten etc. etc. einer-, bei Anæmie, chronischer Tuberculose, bei chronischen Herz- und Gefässkrankheiten, Lues etc. etc. andrerseits. Unter den Krankheiten, die verhältnissmässig sehr selten Psychosen nach sich ziehen, sind vor Allem Nierenkrankheiten zu nennen. Schon *Griesinger* liess diesen Zusammenhang so selten gelten, dass er für eine allgemeinere Auffassung ganz verschwinde. Der Irrenarzt kann im Verlaufe von Jahr-

zehnten Hunderte von Kranken zur Untersuchung und Beobachtung bekommen, ohne dass ihm ein Fall dieser Art vorkommt. Gelang es doch Prof. *Hagen* in Erlangen, aus der gesammten grossen, ihm zugänglichen Literatur nicht einmal ganz anderthalb Dutzend Fälle, mit seinen eigenen Beobachtungen zusammengenommen, zu sammeln, von denen 12 Fälle aus und nach *Bright*'scher Krankheit, 4 nach anderweitigen chronischen Nierendegenerationen entstanden.[1]) Auch ich selbst habe während 25 Jahren psychiatrischer Thätigkeit erst in den letzten Jahren 2 einschlägige Beobachtungen gemacht. Es ist dies auffallend, weil acute und chronische Erkrankungen der Nieren nicht gerade zu den seltenen Krankheiten gehören. Ja was noch mehr auffällt, ist die Thatsache, dass acute Störungen des centralen Nervensystems auf Grund von Nierenkrankheiten häufig genug vorkommen. Benommenheit, geistige Trägheit, Apathie, Schlafsucht, Coma, Krämpfe, dazwischen Delirien und Hallucinationen, sehen wir oft als Symptome dès uraemischen Anfalls, also unzweifelhaft im Zusammenhange mit der Nierenerkrankung. Es besteht hinsichtlich dieses Zusammenhangs überhaupt kein Zweifel, und so darf auch der Zusammenhang mit den chronischen Störungen des centralen Nervensystems, die wir als Psychosen bezeichnen, nicht von vorne herein zweifelhaft erscheinen, wie selten er auch verhältnissmässig nachgewiesen ist.

Die beiden Beobachtungen sind nach einem kurzen Auszuge der betreffenden Krankengeschichten folgende:

1) H. Z. F. v. Z., 42 Jahre alt, Schneider, verh. Aufgen. den 3. April 1882. Gestorben den 8. Januar 1883.

Krankheit: Melancholie nach Morbus Brightii, mit Ausgang in allgemeine Verrücktheit. Tod durch Hirnhaemorrhagie.

Anamnese. Patient soll seine Mutter an der Lungenentzündung, seine Geschwister an verschiedenen, ihm nicht bekannten, Krankheiten in den ersten Lebensjahren verloren haben. Als uneheliches Kind kannte er seinen Vater nicht. Von Geistes- oder Nervenkrankheiten in seiner Familie ist ihm nichts bekannt. Pat. ist seit 1872 verheirathet, lebt in guter Ehe, hat trotz misslichen öconomischen Verhältnissen einen heitern und geselligen Charakter. Von 5 Kindern sind 4 gestorben. In seinen ersten Lebensjahren will Pat. verschiedene „hitzige Fieber" durchgemacht haben. Im 3. Lebensjahre böse Augen und böse Ohren, Ausfluss aus beiden Ohren, welcher totale Aufhebung des Gehörs auf der r., partielle auf der l. Seite zur Folge hatte. In den 50er Jahren 3 Mal Peritonitis. 1865 Schleimfieber. Im Herbst 1875 Schmerzen im Hals und geschwollene Halsdrüsen. April bis Juni 1876 Spitalbehandlung wegen constitutioneller Syphilis (Angina, Iritis und Conjunctivitis, Impetigo syphilit.). Im Herbst 1881 Lungenentzündung und Lungencatarrh, Pat. war nachher den halben Winter krank, klagte über Schmerzen auf der Brust, hatte viel Husten und Enge, ass wenig, wurde mager und schwach. Mitte März 1882 wurde er ängstlich, aufgeregt, dazwischen stuporös, klagte über schweren Kopf, hatte Visionen und hörte Stimmen, jammerte über den Weltuntergang, war benommen und zeigte Drang zum Fortlaufen. Spitaleintritt am 3. April 1882.

Status der Aufnahme. Sehr anæmischer, schlecht genährter Mann. Die Augen liegen tief, die Wangen sind hohl. Augen und Facialisgebiet normal innervirt. Zunge sehr trocken, rissig, lederartig. Ebenso grosse Trockenheit der Gaumenschleimhaut. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt ein negatives Resultat. Herzstoss an normaler Stelle. Herztöne rein, etwas unregelmässig und frequent. In der Fossa supraclavicularis systolisches Blasen. Bauch etwas aufgetrieben, weich, keine Oedeme. Temperatur nicht

[1]) Ueber Nierenkrankheiten als Ursachen von Geisteskrankheit. Von Prof. *Hagen* in Erlangen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie von *H. Lähr*, 38. Band, 1. Heft.



erhöht. Harn enthält viel Eiweiss. Mässiger Grad von Nahrungsverweigerung. Nachts wenig und unruhiger Schlaf. Pat liegt mit ängstlichem Gesichtsausdruck im Bett, zittert bei der Untersuchung, bleibt mit den Händen nicht ruhig. Es besteht dabei ein mässiger Grad sensorieller Benommenheit. Auf Fragen reagirt er sehr langsam, es bedarf wiederholter Fragen, bis man eine Antwort erhält und diese erfolgt dann nur undeutlich und leise. Mittags wird Pat. ängstlich aufgeregt, unruhig geht er hin und her, er will fort, muss fort, denn die Welt geht unter, er hat das deutlich sagen hören. Dazwischen sieht er Gespenster, die ihn häufig aus dem Bett treiben. Daneben treten Selbstanklagen und Wahnvorstellungen der verschiedensten Art auf, er ist ein schlechter, verdorbener Mensch, der mit seiner Frau nie gut gelebt hat, er ist allein Schuld an seiner Krankheit, die er seiner Schlechtigkeit zuschreibt, er fühlt sich verlassen und verstossen, er ist hier im Wege, muss fort, um Andern Platz zu machen.

Dieser Zustand bleibt sich, einige kurze Remissionen abgerechnet, in psychischer Beziehung bis Mitte Mai gleich, nur wird das Sensorium allmälig freier, stellen sich Appetit und Schlaf ein, bessert sich die Verdauung, sieht Pat. besser aus, nimmt die Ernährung langsam zu, trotzdem der Urin täglich grosse Mengen Eiweiss enthält.

Patellarreflexe zeigen sich beidseits etwas verstärkt. Zwischen hinein zeigt er auch vasomotorische Störungen, grosse, bis zur Abschuppung führende Trockenheit der Haut wird von reichlichen Schweissen gefolgt, das r. Bein fühlt sich oft wärmer an als das l. Zuweilen werden neben allgemeiner motorischer Unruhe Zuckungen im Gesicht und in der Vorderarmmuskulatur beobachtet. Gegen Ende Mai nehmen die Gehörsstörungen zu, zuerst wird Pat durch lautes Rauschen und Getöse gequält, das er sich nicht erklären kann, bis Anfangs Juni nach einem Besuche seiner Frau deutliche Gehörshallucinationen auftreten. Er hört letztere Tag und Nachts schreien, sie wird auf jede erdenkliche Art gemartert und zu Tode gequält und an Allem trägt er die Schuld seiner Sünden wegen. Vom Juni an treten die Selbstanklagen immer mehr in den Hintergrund, macht sich die Besorgniss für das Leben seiner Frau mehr und mehr geltend, und dazu kommt mit Anfang Juli die Angst für seine eigene Person, auch ihm will man Böses, man wird nicht ruhen, bis man auch ihn in's Verderben gestürzt hat. Mitten in diesen Delirien hat er auch jetzt noch kurz dauernde, geistig freie Momente. Von Mitte Juli an hat er häufige Gefühlsstörungen, juckende Empfindungen am ganzen Körper, die er der Anwesenheit von kleinen Käfern, von Krätzmilben, Pferdestaub u. dgl. zuschreibt. Seine Augen werden ihm Nachts von fremden Personen auszureissen gesucht, man hat ihm seinen Magen und seine Gedärme verhandelt, ihm ein Stück Lunge und das Herz genommen. Dazu tritt Ende Juli Vergiftungs- und electrischer Wahn, sein Blut hat man ihm mit Electrisirmaschinen genommen und Andern eingepumpt etc. Jede abnorme Sensation an seinem Körper legt er in seinem Sinne aus; wenn er Kopfweh hat, so will man ihn mit Maschinen schädigen; Ameisenkriechen in den Beinen beruht auf Zauberei etc. Pat. kommt schliesslich auf die Idee, sich selbst zu schützen durch Talismane, Papierschnitzel, die er in ein Nastuch gewickelt um die Stirne bindet als Schutz gegen Kopfweh. Dieses Kopfweh steht in Verbindung mit iritischen Attaquen, die von Zeit zu Zeit auftreten, aber jedesmal auf Atropin rasch zurückgehen. Eine um diese Zeit vorgenommene Augenspiegeluntersuchung ergab ein negatives Resultat. Die Stimmung des Pat. ist meist eine aufgeregte, hie und da eine ungewöhnlich heitere, frohe, wo er lacht und singt und sich freut, dass seine Feinde ihm nichts haben anthun können. Im December wird Pat. im Ganzen etwas ruhiger, arbeitet ziemlich viel, doch nie anhaltend, denn er bemerkt, dass sein Sehvermögen in der letzten Zeit abgenommen hat, es verschwimmt ihm gleich vor den Augen, er ermüdet rasch. Der Zustand bleibt bis zum Ende derselbe. Im Laufe der Krankheit sind allmonatlich 1—2 Mal leichte Fiebertemperaturen von mehrtägiger Dauer aufgetreten, deren Quelle in leichten pleuritischen Erscheinungen nachweisbar war. Der Eiweissgehalt des Urins war von Anfang ein bedeutender, manchmal etwas höher, dann abwechselnd wieder etwas mässiger. Der Urin hatte stets ein helles, klares Aussehen und ein specifisches Gewicht um 1010 herum. Die Ernährung nahm vom Beginn seines Spitalaufenthaltes bis zum Ende langsam zu, das Körpergewicht stieg von 46,5 Kilo bei der Aufnahme nach und nach auf 52,5 Kilo bei seinem Tode.

Ohne weiteres Vorkommniss wird die Respiration am 8. Januar 1883 Abends gegen 11 Uhr plötzlich tief und schwer, Pat. wird benommen, es stellt sich Trachealrasseln



ein. Nachts gegen 2 Uhr treten plötzlich heftige Krämpfe auf, und nach kurzer Zeit stirbt Pat. in tiefem Coma.

Die Section ergab (Prof. *Roth*): Ausgedehnte und hochgradige Degeneration der Arterien, besonders auch der Arterien der Basis und der Dura. Multiple Hirnblutungen, wovon eine den grössten Theil der r. Hinterhaupt- und Schläfelappen zerstört hatte und bis in den r. Thalamus und den hintern Theil des Balkens hineinreicht. Kleine, theils frische, theils ältere hæmorrhagische Herde finden sich im l. nucleus caudatus und im vordern Theile des r. Thalamus, sowie im Pons. Hirngewicht 1398 grmm. Daneben Oedem der Uvula und der Lungen. Verkäsung einzelner Bronchialdrüsen. Hypertrophie des l. Ventrikels. Nephritis chronica interstit. Peritonitis chron. universalis. Retinitis hæmorrhagica.

2) F. B. M., 60 Jahre alt, Bahnarbeiter, verheirathet. Aufnahme den 19. Januar 1879. Gestorben den 7. Februar 1880.

Alcoholismus chronicus. Schrumpfniere. Delirium tremens. Später hallucinatorische Verrücktheit und Marasmus. Tod an acutem Lungenoedem. Amyloidnieren.

Anamnese. Pat. war früher begüterter Landmann, verlor aber sein Hab und Gut und zog vor mehr als 20 Jahren nach Basel. Seit den letzten 20 Jahren ist er bei der Centralbahn angestellt, wo er sowohl als starker Trinker als auch als regelmässiger, ausdauernder und ausgiebiger Arbeiter galt. 1870 war er wegen einer Lungenentzündung, August 1878 wegen Arterienatherom, Hypertrophie des l. Ventrikels, aber ohne Albuminurie im Spitale. Sonst stets körperlich gesund. Am 17. Januar 1879 kam er neuerdings in's Spital mit geschwollenen Händen, Füssen und Kopfe (medicinische Abtheilung). Pat. soll aus durchaus gesunder Familie stammen. Schon bei der Uebersiedelung in's Spital bekam er hochgradige dyspnoëtische Anfälle und gleich beim Eintritt hatte er einen Anfall, der als uræmisches Lungenœdem gedeutet wurde, am selben Abend noch einen zweiten schwächern. In der Nacht war er ruhig, schlief aber nicht viel. Schon am Morgen des 18. fiel er durch sein unaufhörliches Dreinschwatzen auf, Abends wurde er dann unruhig, stand auf, lärmte, griff mit Stühlen und Messern seine Umgebung an, hallucinirte, so dass er schliesslich in der Nacht zu uns gebracht werden musste. Der Urin war sehr stark eiweisshaltig.

Status vom 19. Januar. Pat. ist ein herkulisch gebauter und grosser Mann, der aber sehr blass und schlecht aussieht und schlecht genährt ist. Seine Haut ist trocken, kühl. Arterienatherom. Hypertrophie des l. Ventrikels. Herztöne laut, unrein. Puls schwach, 92, aussetzend, jeder 6.—8. Schlag pausirt. Keine Spur von Lungen- oder sonstigem Oedem. Pupillen gleich, wenig reagirend. Heftiges Zittern. Sprache undeutlich. Pat. ist sehr schwach. Urin enthält ziemlich viel Eiweiss.

Pat. hallucinirt lebhaft, ist sehr unruhig, spricht viel und ganz und gar unzusammenhängend, ist aber dazwischen momentan wieder klar, zeigt kurz dauernde Bangigkeiten, grosse Schreckhaftigkeit und ist viel ängstlich und Nachts schlaflos. Der Puls ist zeitweise bedenklich schlecht. Temp. Abends 38,2.

In der Nacht vom 20./21. schläft Pat. mit Unterbrechungen und erwacht am 21. vollkommen geistig klar und frei von jeder Hallucination. Der Urin enthält nur noch Spuren von Eiweiss. Pat. bleibt bei Bewusstsein, erinnert sich an seinen Eintritt in den Spital, doch von seinem Transport zu uns weiss er nichts. Der Puls wird kräftiger, voller und regelmässiger. Der Urin indessen zeigt immer Spuren von Eiweiss, und die Temp. ist allabendlich erhöht, bis zu 39,0. In der Nacht vom 25./26. Januar wird Pat. wieder unruhig und hallucinirt lebhaft. Am 26. ist er wieder bei sich und erinnert sich an die Vorkommnisse der Nacht. Der Urin ist jetzt stark eiweisshaltig. Temp. 38,7 bis 38,8. Puls wieder rascher und unregelmässig. Die Temp. steigt am 26. auf 39,4, am 27. ist eine leichte linksseitige Pleuritis mit mässigem Exsudat nachweisbar. Pat. schläft jetzt mit 2,0 Chloralhydrat, zeichnet sich aber am Tage immer noch durch lebhaften Tremor und durch ängstliches Zusammenfahren beim Anreden aus. Pat. ist oft etwas benommen und unklar, ohne aber zu deliriren oder zu hallucinirenn, bis Anfangs Februar, wo er psychisch wieder ganz frei ist. Aber das abendliche Fieber dauert fort, Pat. hustet noch viel und wirft ziemlich reichliche, geballte, oft mit Blut vermischte Sputa aus. Der Urin enthält dauernd bald mehr, bald weniger Eiweiss. Von Mitte Februar an hustet



Pat. weniger, wird fieberlos und fühlt sich wohl und gesund, bis am 24. Februar wieder vorübergehend Hallucinationen auftreten. Vom 1.—8. März ist Pat. wieder ganz wohl und bei sich. Vom 8. März an stellen sich lebhafte Gesichts- und Gehörstäuschungen ein, auf deren Grundlage sich allmälig ein Verfolgungswahn ausbildete. Pat. wird beschimpft, bedroht, unschuldig verfolgt und hat fortwährend mit Polizei und Zuchthaus zu schaffen. Pat. hat noch Husten, ist aber fieberlos, Puls schwach und meist frequent. Im Urin wenig, einige Tage dazwischen auch gar kein Eiweiss. Bei mässigem Appetit zunehmende Entkräftung und Abmagerung. Kein Oedem.

Dieser Zustand von hallucinatorischer Verrücktheit dauert während der nächsten Monate unverändert an. Körperlich von Zeit zu Zeit Dyspnœ und acute Lungencatarrhe mit leichten abendlichen Temperatursteigerungen, im Urin stets wechselnder Eiweissgehalt, im Ganzen wenig. Der Puls ist jetzt meist langsam, nächtlicher Schlaf gering. Marasmus nimmt langsam zu.

Da der Zustand stationär bleibt, wird Pat. am 24. Juni 1879 nach Königsfelden transferirt.

Nach dortigem Bericht ist der geistige und körperliche Zustand des Kranken stets derselbe geblieben. Ohne besonderes Vorkommniss sei am 5. Februar 1880 ein heftiger Lungencatarrh mit Dyspnœ, Cyanose der Extremitäten und kleinem, beschleunigtem Pulse ohne Temperatursteigerung aufgetreten, dem Pat. am 7. Februar erlegen sei.

Die Section ergab: Leptomeningitis chron. diffusa. — Hypertrophie des l. Ventrikels. — Amyloiddegeneration der Leber, Milz und Nieren. — Bronchialcatarrh. — Lungenœdem.

Epikrise. Beide Kranke zeigten bei der Aufnahme in's Spital starke Albuminurie vom ersten Tage an. Bei beiden Kranken gingen dem Ausbruche der Geistesstörung Symptome von längerer Dauer voran, im ersten Falle Dyspnœ, Schlafsucht, Appetitmangel, Abmagerung und Schwäche; im andern Oedeme, Dyspnœ, Somnolenz und Abmagerung, die beim Mangel anderweitiger nachweisbarer Störungen in irgend einem Organe in Verbindung mit einer bestehenden Nierenkrankheit gebracht werden konnten. Der Arterienatheromatose diese Symptome zuzuschreiben, der sonst noch nachweisbaren pathologischen Abweichung, geht nicht wohl an, da diese jedenfalls schon lange vorher vorhanden war, ohne diese Psychosen hervorzurufen, während dieselben in zeitlicher Beziehung so sehr mit der Nierenerkrankung übereinstimmen. Es scheint mir also bei beiden Fällen der Zusammenhang der angegebenen Erkrankung mit der späteren Psychose in pathogenetischer Beziehung klar zu sein. Der 1. Fall war eine Melancholie, die aber schon von ihrem Beginne an eine solche Menge von Wahnvorstellungen und Hallucinationen beobachten liess, dass ich sie als mit Verrücktheit complicirt auffasste. Nach 4—5monatlicher Krankheitsdauer tritt das melancholische Moment zurück, um dem Zustande allgemeiner Verrücktheit völlig Platz zu machen. Klinisch bemerkenswerth ist, dass trotz der colossalen Eiweissverluste der Kranke bei allerdings sorgfältiger Pflege und Behandlung um 12 ℔ an Körpergewicht während seines Spitalaufenthaltes zunahm. Es ist dieser Fall denen der 1. Gruppe *Hagen*'s zuzurechnen. Die Hirnhæmorrhagie als causa mortis hat bei der vorgefundenen Beschaffenheit der Hirnarterien in Verbindung mit der Hypertrophie des l. Ventrikels nichts Auffallendes. Der Mangel luetischer Veränderungen bei der Section lässt auch den Gedanken eines Zusammenhangs zwischen der früher vorhandenen Lues und der spätern Psychose zurückweisen.

Der 2. Fall zeigte nach Symptomen und Verlauf bei der Aufnahme Delirium tremens, welche Diagnose auch in ätiologischer Beziehung ihre Stütze findet. Man konnte allerdings dabei auch an acute Uræmie denken. Jedoch massenhafte Hal-



lucinationen, besonders des Gesichts, verworrenes Delirium mit zeitweiliger Lucidität, colossaler Tremor, hochgradige motorische Unruhe und Schlaflosigkeit, die nach 3½tägiger Dauer nach eingetretenem Schlafe enden, in Verbindung mit der Thatsache vorangegangener Alcoholexcesse, konnte ich nicht anders auffassen.

Eine andere Frage ist die nach dem Verhältnisse der spätern Psychose, der hallucinatorischen Verrücktheit, zu dem vorangegangenen Delirium alcoholicum. Wenn auch kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen beiden Störungen in zeitlicher Beziehung besteht, so ist immerhin die Annahme zulässig, dass auch die spätere Störung auf alcoholischer Grundlage beruht. Ich glaube jedoch, dass gerade der weitere Verlauf der Krankheit zwingt, auch die chronische Nierendegeneration in pathogenetischer Beziehung nicht ausser Acht zu lassen; denn nicht die Symptome des chronischen Alcoholismus, sondern die eines chronischen Nierenleidens sind es, die das spätere Krankheitsbild in körperlicher Beziehung constituiren und wenn auch nicht einen ausschliesslichen, so doch immerhin einen wesentlichen Einfluss auch auf die psychische Störung genommen haben werden. Es würde sonach dieser 2. Fall der 2. Gruppe von Psychosen nach *Hagen* zugerechnet werden müssen. Wenn ich also den Zusammenhang zwischen beiden Fällen von Psychose und der Nierenkrankheit als gesichert annehme, entsteht die Frage, wie eine Nierenkrankheit eine Geistesstörung bedingen könne. Dass es mangelhafte Ernährung und damit in Verbindung stehende Anæmie nicht sein können, scheint mir Fall 1 zu beweisen, bei dem ja die Ernährung und Kräftigung während der Krankheit sich beträchtlich gebessert hatten, während doch die Geistesstörung dabei einen schlimmeren Charakter annahm. Ich denke, wir dürfen zur Erklärung keine andern Momente annehmen, als wie wir sie zur Erklärung der acuten nervösen resp. cerebralen Störungen bei den Nierenkranken gebrauchen. Es ist diejenige Veränderung des Blutes und der Gewebe, die wir Uræmie nennen, deren Krankheitsursachen oder Producte hier in acuter, dort in chronischer Weise Hirnstörungen auslösen. Ich meine also, wenn das Blut rasch, massenhaft mit den organischen Bestandtheilen des Urins überladen wird, so entstehen acute Symptome, wie Delirien, Convulsionen, Erbrechen, Coma; geschieht die Blutvergiftung in allmäliger, langsamer und mässiger Weise, so entsteht eine chronische Hirnstörung in der Form der Psychose. Zwar ist man über die Natur und das Wesen der Uræmie noch nichts weniger als im Klaren, indem die Einen in den Zersetzungsproducten der Harnbestandtheile, besonders des Harnstoffs *(Frerichs)*, Andere, auch in jüngster Zeit *Leube*, in der einfachen Retention der Harnbestandtheile im Blute, den Organen und Geweben (Harnstoff, Harnsäure und Kalisalze) die Ursache der uræmischen Erscheinungen sehen. Natürlich dass, ehe diese allgemeine pathologische Frage nicht einer Lösung näher tritt, die Auslassungen darüber, wie die abnormen acuten und chronischen Hirnsymptome der Uræmischen zu Stande kommen, müssige sind.

Was die Formen der Geistesstörung beider Fälle betrifft, stimmen sie mit den von *Hagen* zusammengestellten Fällen überein, indem auch er fast ausschliesslich solche von aufgeregter Melancholie und primärer Verrücktheit angibt. Der üble Ausgang beider Fälle in unheilbare Verrücktheit steht ebenfalls mit den bisherigen

Erfahrungen im Einklang und findet seine Erklärung in der üblen Prognose, die chronische Nierenkrankheiten an sich haben. Sie sind es, die den davon abhängigen Geistesstörungen den unheilbaren Charakter und den relativ raschen tödtlichen Ausgang verleihen, wodurch ferner der innige Zusammenhang beider Krankheitsprocesse seinen Ausdruck findet.

II. Ein Fall von Hirnlues.

N. L. v. H. (E.), Kaufmann, ledig, 30 Jahre alt.

Krankheit. In der Jugend stark onanirend, hernach längere Zeit Spermatorrhoea spontanea und körperliche Schwäche. 1876 syphilitische Infection mit nachfolgenden secundären Symptomen. 1877 rheumatoïde Affection 3 Monate lang. 1879 heftige Schwindelanfälle, Iritis, Orchitis, Rachengeschwüre. 1881 epileptiforme Anfälle, hernach schwere Hirnaffection. Specifische Behandlung und Heilung.

Anamnese. Vater lebt, über 70 Jahre alt, ist geistig und körperlich gesund, Mutter starb, 68 Jahre alt, war auch bis zu ihrem Tode eine geistig klare und körperlich kräftige Frau. Eine Schwester des Pat. litt an Puerperalmanie. In der Familie des Vaters kommen verschiedene Fälle von Psychose vor. N. war als Kind zart, aber gesund, geistig intelligent und lernbegierig. Vom 13.—17. Jahre starke Onanie mit nachfolgender Spermatorrhœa spontanea und längerer Nervosität und körperlicher Schwäche. Trotzdem körperlich und geistig gute Entwicklung. Machte als Kaufmann grosse und anstrengende Reisen leicht durch. 1876 zog er sich einen harten Schanker zu, wozu sich Bubonen, Roseola und Rachengeschwüre gesellten. Nach Hg. und J.-Behandlung scheinbare Heilung. 1877 heftige schmerzhafte multiple Gelenk- und Muskelaffection rheumatoïden Charakters und 3monatlicher Dauer. Gebrauch von Aachen, wo Pat. auf ärztliches Anrathen eine Schmiercur durchmachte und von da regelmässig Jodkali in kleinen Dosen fortnahm. Herbst 1879 unter heftigen Schwindelanfällen accommodative Sehstörungen, rs. Iritis und Orchitis. 2. Mai 1881 in Fr. epileptiformer Anfall, der sich 8 Tage darauf in St. wiederholte, wobei Pat. vergesslich, geistig stumpf, benommen und schwerhörig wurde. Am 26. Mai wurde er unruhig bis aufgeregt, verwirrt, unbesinnlich, war schlaflos; vom 29. an somnolent bis bewusstlos, ass nicht mehr, konnte nicht mehr stehen und gehen, nur undeutlich reden. Am 31. wurde er in die Anstalt verbracht

Status receptionis. Pat. ist vollkommen bewusstlos, auf die Füsse gestellt sinkt er zusammen, der Kopf hängt bewegungslos auf die Brust herab, die Augen sind geschlossen. Beim Oeffnen Strabismus divergens des r. Bulbus. Pupillen ad maximum erweitert, r. mehr, auf Licht reactionslos. Gesicht schlaff, ausdruckslos, kein auffallender Unterschied beider Gesichtshälften. Aus dem r. Mundwinkel fliesst viel übelriechender Schleim und Speichel. Zunge bewegungslos auf dem Mundboden. Musculatur schwach entwickelt. Bei passiven Bewegungen l. Spuren von Muskelspannungen, die r. völlig mangeln. Patellarreflexe verstärkt. Auf die stärksten Hautreize keine Reaction des Bewusstseins. Respiration schwach, oberflächlich, frequent. Puls 100, schwach. Temperatur 38,2. Körpergewicht 46 Kilo. Die Untersuchung von Herz und Lungen ergibt nichts Auffallendes. Pat. kann nicht schlucken, bei Versuchen, ihm Flüssigkeiten beizubringen, starke Hustenanfälle. Harn- und Stuhlverhaltung. Der Catheter entleert trüben, wenig eiweisshaltigen Urin von mässiger Menge. Am Abend Einreiben von ungt. ciner. 4,0, was täglich fortgesetzt wird. 2. Juni öffnet Pat. ein paar Mal auf starke Hautreize vorübergehend die Augen, um sie sofort wieder zu schliessen. Der entleerte Urin ist eiweissfrei. Puls 120. Abendtemperatur 38,5. Sonst Status idem. 3. Juni hochgradigste Schwäche, öfters drohender Collaps. Puls 140, fadenförmig, arythmisch. Respiration 40. Trachealrasseln. Temp. 39,2. Beginn mit der Sondenfütterung. 4. Juni Puls etwas kräftiger, 120, Respiration 40. Hie und da Rasseln und Husten mit Schleimauswurf. R. U. Dämpfung und feinblasiges Knistern. Abendtemperatur 39,5. 6. Juni Puls noch kräftiger, 100. Pat. öffnet heute einige Male von selbst die Augen und schaut aufmerksam um sich, bewegt etwas die Hände und die Zunge, sinkt dann immer wieder in den somnolenten Zustand zurück. 39,5. 7. Juni, letzte Nacht Schlaf, heute versucht Pat. zu sprechen, die Gesichtszüge beleben sich etwas, mehr Bewegungsversuche beid-



seitig mit den obern und untern Extremitäten. Mehr Husten mit pneumonischen Sputis. Puls 100, Abendtemperatur 39,2. 8. Juni. Heute schluckt Pat. etwas Flüssigkeit zum ersten Mal, zeigt mit Zeichen das Bedürfniss der Defæcation an. Blickt lebhaft um sich, selten somnolent. Puls 92. Abendtemperatur 38,2. 9. Juni. Bringt einige verständliche Worte hervor; fragt, wo er sei. Kann die Zunge etwas herausstrecken. Reagirt auf Hautreize und bewegt Hände, Füsse und den Kopf. 38,2. 10. Juni. Bewusstsein frei, spricht heute verständlich, sagt, dass er viel geträumt habe und dabei in der ganzen Welt herumgekommen sei. Bezüglich der Ereignisse der letzten 4 Wochen hat er nur ganz geringe Erinnerung; weiss nur, dass er auf der Reise war, nicht wo; weiss nicht, wie er hieher gekommen ist. Viel Husten und blutig tingirter Auswurf. Puls 90. Abendtemperatur 37,8. Schluckt leicht Flüssigkeiten. Täglich sol. Kali jod. 4,0 Vom 12. Juni an fieberlos, noch viel Husten mit schleimig-eitrigen Sputis, schluckt feste Speisen, steht mit Unterstützung auf den Füssen, fühlt sich subjectiv wohl, mangelhafte mimische Reaction rs. Sensibilität normal. Die physicalische Untersuchung ergibt die Dämpfung R. U. verschwunden, dagegen die Symptome beidseitiger Spitzeninfiltration. 18. Juni. Pat. geht allein im Zimmer. Ende der Schmiercur. 26. Juni entleerte er zum ersten Mal von selbst etwas Urin, wozu er sitzen muss. Psychisch ganz klar, Erinnerung etwas mehr an die letzte Vergangenheit. 27. Juni Pupillen weniger weit, l. reagirt auf Licht. Rs. Facialisinnervation besser, nur noch seltenes Stottern beim Reden. Noch viel Husten, aber weniger Auswurf. Harnentleerung besser. Kräfte nehmen zu.

Vom Anfang Juli an wird das Jodkali mit Eisen und Fischthran vertauscht und am 13. tritt er in folgendem Zustande aus der Anstalt.

Mittelgrosser, schlanker Körper, Musculatur schwach entwickelt. Aussehen blass. Haltung gerade, Gang leicht. R. Pup. ad maximum erweitert, starr, l. mittelweit, beweglich. Gesicht gut innervirt. Zunge leicht beweglich, ohne Tremor. Geringer Tremor der Hände, die noch bald und stark ermüden. Sprache rein, scharf, selten leichtes Stottern. Auf dem Thorax L. O. V. u. H. Dämpfung, vermindertes Athmen neben Bronchialathmen. Noch ziemlich viel Husten mit mässig schleimig-eitrigem Auswurf. Urin und Stuhl von selbst, ersterer wird jetzt auch stehend entleert, beide bedürfen noch einiger Anstrengung. Körpergewicht 53,0 Kilo. Allgemeines eccematöses Exanthem. Geistig durchaus klar, zeigt für Alles Interesse, lässt kein Schwächesymptom bemerken. Stets noch Erinnerungsdefect, der etwa 2 Wochen vor der Anstaltsaufnahme und die ersten 10 Tage des Anstaltsaufenthaltes umfasst.

Pat. wird nach Grion und Bex geschickt, wovon er im September zurückkehrt. Husten wenig, athmet leicht, hat stets noch L. O. Dämpfung und vermindertes Athmen, fühlt sich kräftig, hat gesunde Gesichtsfarbe. Körpergewicht 60 Kilo. Er bringt den Winter in Nizza zu und stellt im April 1882 sich wieder vor. Die Pupillen sind fast gleich, r. beweglich. Sprache ganz ohne Fehler. Ohne Husten. L. O. stets noch verminderter Schall, doch geringer Athmungsunterschied. Subjectiv wohl und kräftig. Körpergewicht 62,5 Kilo. Vormittags Anfälle von Schwindel, manchmal mit Kopfweh, die durch Aufnahme von etwas Speise vermindert werden und bis Mittag sich ganz verlieren. Im Juni nimmt er sein früheres Geschäft als Handlungsreisender wieder auf, um es bis jetzt (Ende März 1883) ohne Beschwerde fortzusetzen. Hat stets noch vormittägigen Schwindel, fühlt sich sonst wohl und kräftig, schlaft viel und gut, ohne Husten. Untersuchung der Lungen ergibt ein negatives Resultat. Nirgends Drüsenschwellung. Körpergewicht 65,0 Kilo.

Epikrise. Die Symptome des Kranken bei seiner Aufnahme bestanden in völliger Bewegungs-, Empfindungs- und Bewusstlosigkeit; daneben bestanden erweiterte, unbewegliche Pupillen, Unfähigkeit zu schlucken, Speichelfluss, beschleunigte und geschwächte Respiration und Circulation, Harn- und Stuhlverhaltung, endlich Strabismus des r. Bulbus nach aussen und oben. Die Bewusstlosigkeit hatte den Grad des tiefsten Coma.

Alle diese Symptome lassen sich zunächst als Wirkungen eines starken Hirndrucks erklären, wobei Puls und Respiration, statt wie bei mässigem Drucke eine Verlangsamung, als die Folge starken Druckes eine Beschleunigung, zeigen. Solche



Wirkungen können von Schädlichkeiten inner- und ausserhalb des Hirns abhängen. Von den erstern kämen Hirngeschwülste und Hirnblutungen in Frage. Wenn auch unzweifelhaft die Untersuchung des Kranken eine stärkere Lähmung rs. ergab, also auf einen stärkeren Druck auf die l. Hemisphäre schliessen liess, so hat die Annahme eines Tumors im vorliegenden Falle, sowohl wegen der Antecedentien als der gegenwärtigen Symptome, keine Wahrscheinlichkeit für sich, da nichts für eine locale, für eine Herdwirkung deutlich spricht. Auch die Annahme einer Hirnblutung hat nicht viele Stützpuncte. Man müsste eine colossale Blutung zur Erklärung der Drucksymptome annehmen, der gegenüber die Erhaltung des Lebens unwahrscheinlich ist. Sodann sprechen dagegen die Jugend des Patienten, mangelnder Herzfehler und mangelnde Atheromatose der Arterien. Auch die Entwicklung des Krankheitszustands spricht nicht dafür. Von den letztern würden Blutungen ausserhalb des Hirns und acuter Hydrocephalus in Betracht fallen. Gegen ein Hämatom der Dura sprechen theilweise die gleichen Gründe, die gegen eine innere Hirnblutung sprechen; sodann mangeln gewisse charakteristische Symptome des Hämatoms wie vorangegangener Kopfschmerz, die gleichzeitige Abweichung des Kopfes und der Augen, der Nystagmus, motorische Reizsymptome, während ihm wieder so schwere Lähmungszustände fremd sind. Es bliebe somit nur der acute Hydrocephalus oder vielmehr dessen gewöhnliche anatomische Unterlage, die Entzündung der weichen Hirnhäute, von der wir ähnliche Wirkungen kennen, übrig. Die vorangegangenen psychischen Reizsymptome, der allerdings nur mässige fieberhafte Charakter der Affection sprechen dafür. Zwar finden wir auch manche, sonst regelmässige Symptome der Meningitis hier nicht vertreten, doch bei der Annahme einer starken und raschen Exsudation, und dafür sprechen denn doch wohl die hochgradigen Stauungserscheinungen innerhalb der Gefässbahnen der Hirncorticalis, lässt sich dieser Mangel erklären, weil dadurch fast unmittelbar der Zustand der Corticalislähmung bedingt wurde. Es dürfte sich hauptsächlich um eine Affection der Convexität gehandelt haben, doch sprechen einzelne Symptome auch für eine ls. basale Affection. Es scheint mir die letztere Annahme berechtigter zur Erklärung der rs. paralytischen Symptome, als wenn man sie allein von entzündlichen Vorgängen innerhalb der Seitenventrikel abhängen liesse. Der Mangel von Anhaltspuncten, die für eine traumatische, tuberculöse oder anderweitige infectiöse Natur des Processes sprechen, dagegen der sichere Nachweis vorangegangener specifischer Infection mit nachfolgenden Erscheinungen constitutioneller Lues erlaubten die Annahme einer syphilitischen Grundlage des Krankheitsprocesses. Bei dieser Annahme konnten wieder das Gumma, die specifische Erkrankung der Arterien mit ihren Folgen einer Hirnerweichung oder Blutung, oder endlich die gummöse Meningitis in Frage kommen. Da von diesen Vorgängen wohl nur der letztere, die Meningitis, die Entwicklung der Krankheit und ihre Symptome genügend erklärt, so spricht auch diese Erörterung für die Richtigkeit der obigen Diagnose. Ich nehme an, dass Anfang Mai mit Auftreten der epileptiformen Anfälle die Meningitis in chronischer Weise begann, um dann mit dem Auftreten der psychischen Aufregung zu der acuten Form sich zu steigern. Auf Grund dieser Diagnose wurde denn auch gleich am ersten Tage der

Aufnahme eine energische Schmiercur eingeleitet und der Verlauf der Krankheit wie der Erfolg der Behandlung unterstützen ebenfalls diese Annahme hinlänglich.

Schon vom 7. Tage der Aufnahme, also vom 9. der Somnolenz, an beginnt das Bewusstsein zurückzukehren, in 3 weitern Tagen kehren die Sprache, das Schlingvermögen, die Motilität und Sensibilität zurück, vom 14. Tage an kann Pat. wieder allein essen und mit Unterstützung gehen und vom 28. an beginnt er wieder Urin und Stuhl spontan zu entleeren. Es ist zu beachten, dass die Motilität und die Sensibilität gleichzeitig und auf beiden Seiten gleichmässig zurückkehren. Von der ganzen schweren Affection bleiben nur die Bewegungslosigkeit und maximale Erweiterung der r. Pupille und eine kaum bemerkbare Abschwächung der r. Facialis- und Hypoglossus-Innervation zurück. Ein solcher rascher und günstiger Verlauf dürfte nur bei der Annahme einer meningitischen Affection erklärbar sein, und da derselbe unter dem Einflusse der specifischen Behandlung erfolgte, dürfte es sich auch um eine specifische Meningitis gehandelt haben. Es kann wohl nicht zweifelhaft sein, dass die beobachteten bulbären und spinalen Symptome (Speichelfluss, Schlucklähmung, Harn- und Stuhlverhaltung etc. etc.) weder als directe meningitische Druckwirkung, noch als von bulbären und spinalen localen Krankheitsvorgängen abhängig, sondern im Sinne einer sogenannten Reflexhemmung aufzufassen sind. Es entsteht weiter die Frage nach der Natur der gleichzeitig mit der nervösen Affection verlaufenden Lungenaffection. Handelt es sich dabei um eine Theilerscheinung des specifischen Processes, oder ist sie eine Sache für sich, oder ist sie aufzufassen als Folge traumatisch-mechanischer Einwirkung von Speisetheilchen in die Luftwege bei Gelegenheit der in den ersten Tagen der schwereren Erkrankung vorgenommenen Fütterungsversuche. Es lassen diese Fragen sich nicht mit voller Sicherheit beantworten, dagegen hat es viel für sich, die ersten im r. u. Lungenlappen aufgetretenen Störungen als Folge des Verschluckens aufzufassen, dagegen die Vorgänge in den Lungenspitzen als unabhängig davon zu betrachten, da ihr Sitz als Spitzenaffection, ihre Doppelseitigkeit, ihre lange Dauer gegenüber der ersten Affection, ihre schliessliche Heilung mit der Annahme einer specifischen Lungenaffection wohl besser in Uebereinstimmung stehen, als mit der einer traumatischen.

Pat. hat während 19 Tagen 76 grmm. graue Salbe und während 22 Tagen 78 grmm. Jodkali genommen und dabei an seiner Ernährung um 8 ℔ zugenommen, was allerdings gegenüber einem Gewichtsverlust von 18 ℔ während der letzten 14 Tage vor der Aufnahme nur eine mässige körperliche Erholung anzeigt. Pat. verliess auch die Anstalt nur als sehr gebessert, nicht als geheilt, da abgesehen von der Spitzeninfiltration, noch verschiedene nervöse Störungen bei seiner Entlassung vorhanden waren. Dagegen möchte ich vom April 1882 an, wo Pat. wieder sein früheres Körpergewicht von 125 ℔ erreicht hatte, die nervösen Störungen ausser morgendlichen Schwindelerscheinungen ganz verschwunden waren, die Lungenspitzen keine wesentlichen Veränderungen mehr nachweisen liessen, er sich überhaupt körperlich und geistig wieder leistungsfähig fühlte und war, wie nur je, seine Genesung datiren, die bis jetzt andauerte. Ist Pat. jetzt als definitiv geheilt zu betrachten? Die allgemeine Erfahrung spricht nicht für eine solche Annahme,



sie lehrt vielmehr, dass der grösste Theil dieser Fälle früher oder später wieder und zwar noch schwerer erkrankt. Zwar kennt man auch bleibende Genesungen, man weiss aber nicht die unterscheidenden Merkmale anzugeben, die für temporäre Latenz oder für dauernde Genesung sprechen.

Was nun allgemeinere klinische Beziehungen des Falles betrifft, so ist vor Allem bemerkenswerth, dass bei ihm Hirnsymptome schon 3 Jahre nach stattgefundener Infection auftraten, um noch vor vollendetem 5. Jahre den schwersten Charakter anzunehmen. Es stimmt dies mit den Erfahrungen vieler anderer Beobachter überein, Nerven- und besonders Hirnsyphilis zu den frühen Symptomen der constitutionellen Lues zu zählen. Da aber immerhin dieselbe vielfach auch erst viel später auftritt, so wird die Ursache dieser verschiedenartigen Wirkung weniger im Krankheitsgifte als in der individuellen Natur der Befallenen zu suchen sein. Sie liegt vor Allem in der individuellen Prædisposition der Befallenen zu Nerven- und Hirnstörungen, die in unserm Falle als familiäre Disposition zu Psychosen vorhanden ist.

Wenn ich den Beginn der Hirnsymptome schon vom Auftreten des Schwindels rechne, ist der Ausbruch der eigentlichen Hirnlues mit dem Zusammenfallen der epileptiformen Anfälle und der damit in Zusammenhang stehenden Bewusstseinsstörung zu bringen. In Folge letzterer und wegen der mangelnden ärztlichen Beobachtung während dieser Zeit weiss man ja über die Entwicklung und deren Symptome nicht viel; das ist aber gewiss, dass sich die Krankheit allmälig entwickelt hat. Ich möchte nach meinen Erfahrungen diese allmälige Entwicklung der Hirnlues als Regel, nicht als Ausnahme, wie es Andere machen, hinstellen, und glaube, dass man dadurch oft irre geführt wird, weil die den schweren Krankheitsanfällen vorangehenden leichteren Hirnsymptome häufig nicht zur ärztlichen Kenntniss gelangen. Wenn auch die Symptome und der Verlauf der Krankheit einen mehr gleichartigeren, einheitlicheren und einfacheren Charakter hatten, als man ihn sonst vorwiegend bei acuter Hirnlues beobachtet, dürfte trotzdem bezüglich ihrer specifischen Natur kaum ein Zweifel bestehen. Gerade bei der Hirnlues ist man es gewohnt, anderweitige specifische, gleichzeitig auftretende Symptome oft zu vermissen. Der Erfolg der eingeleiteten Behandlung unterstützt diese Annahme, er unterstützt vor Allem aber auch die Richtigkeit des für die Behandlung der Hirnlues giltigen Satzes, für den *Wunderlich* so lebhaft eintrat, dass eine energische specifische Behandlung hier nicht nur eine die Heilung bedingende, sondern selbst das Leben rettende Bedeutung hat.

Ueber Hautresorption.

Von Dr. **Günther**, Curarzt in Rheinfelden.

Die Fundamentalfrage, auf der das ganze Gebäude der Balneotherapie beruht, und nicht nur dies allein, — zum grossen Theil auch die epidermatische Application der verschiedensten Medicamente — (ich erinnere nur an die mannigfaltigen Einreibungsmittel bei „Rheumatismus") ist trotz einiger hervorragender Arbeiten der neueren Zeit eine noch ungelöste. Resorbirt die Haut? Die Einen bejahen,



die Andern verneinen es. Auf drei Wegen namentlich hat man versucht die Frage zu lösen: indem man entweder 1) die Gewichtszu- oder -abnahme des Körpers oder Körpertheiles nach dem Bade mittelst Wägung bestimmte, oder 2) in den Se- und Excreten, dem Organismus fremde, im Bade gelöste, Bestandtheile nachzuweisen versuchte, oder endlich 3) auf physiologisch-toxicologischem Wege, durch den Nachweis der directen Wirkungen der betreffenden Badeingredienzien auf den Körper.

Am unzuverlässigsten, und trotz sorgfältigster Versuchsanordnung, wie sie namentlich von *Fleischer* angegeben wird, an Fehlerquellen reich, ist die erste Methode. Der eleganteste ist der dritte Weg; sicher und gefahrlos, wenn auch etwas zeitraubend der zweite.

Die beiden Letzteren habe ich betreten bei den Versuchen, die ich im Laufe dieses Winters im klinischen Institut in München an dem mir von Herrn Prof. *v. Ziemssen* bereitwilligst überlassenen Krankenmaterial ausführte. Ich will hier nur die Ergebnisse der Versuche mit den daraus zu folgernden Schlüssen angeben, da eine ausführliche Arbeit a. a. O. erscheinen wird.

Dass die Haut Gase resorbirt, ist allgemein bekannt. Den positiven Versuchen mit wässerigen oder alcoholischen Lösungen wurde stets von den Skeptikern der Einwurf gemacht, dass die Resorption via Athmung, nicht via Haut stattgefunden habe. Und in der That ist dieser Einwurf nicht so unberechtigt, wenn man bedenkt, dass *Demarquay* nach Bepinselung grösserer Hautpartien eines Kranken mit Jodkalium nicht nur den Harn des betreffenden Kranken, sondern auch denjenigen sämmtlicher Mitbewohner des Saales und des Arztes jodhaltig fand! In exacter Weise wurden diese Einwendungen erst von *Röhrig* und *Fleischer* vermieden. Auf keinem der drei Versuchswege, und für keine der vier gewöhnlich angestellten Versuchsreihen (Lösungen in H_2O, Alcohol und Aether oder Salbenform) ist von den zahlreichen Experimentatoren eine Einigung erzielt worden. Es wimmelt von widersprechenden Resultaten, und der Grund dafür? Es wimmelt auch von in der Ausführung verschiedenen Experimenten. Der Eine untersucht schon nach 20 Minuten post balneum den Urin; der Andere wartet 24 Stunden. Der Eine benützt eine stärkste Lösung, und untersucht nach einer Stunde, der Andere findet bei schwacher Lösung nach mehreren Stunden nichts. Der Eine ist mit einem oder zwei Experimenten schlussbereit, ein Anderer gibt sein Veto nach 5 oder 6 Versuchen ab. Dazu kommen noch die verschiedenen Temperaturen der Lösungen, die Behandlung der gebadeten Theile vor und nach dem Experiment, und — last, not least — die individuelle Differenz der Versuchspersonen, wie die Differenz der Epidermis der verschiedenen Theile ein und desselben Individuums. Die Hand eines Schuhmachers gibt ganz andere Resultate als die Hand einer Wäscherin. Es wäre eher zu verwundern, wenn angesichts dieser Zerfahrenheit, dieser Willkür in den Versuchsanordnungen, die Resultate einheitlicher wären. *v. Wittich*, einer der neuesten Bearbeiter (Artikel Aufsaugung in *Hermann*'s Physiologie), nimmt eine Mittelstellung in der Frage ein. Um zu einem endgültigen Resultat zu kommen, wäre für die Experimentatoren vor Allem nöthig, dass einige Cardinalgrundsätze bei diesen Versuchen in erster Linie zur Geltung kämen. Unter diesen stelle ich, be-



stimmt durch meine Resultate zuerst den auf, dass kein Hautresorptionsversuch ohne 10tägige Dauer (bei täglicher Wiederholung) zu einem negativen Schlusse benützt werden dürfe; ferner dass in unanfechtbarer Weise Respiration und anderweitige Wege für die Einfuhr des Stoffes (Präputialschleimhaut, Mundschleimhaut, Excoriationen etc.) ausgeschlossen bleiben; und 3. dass die einmal beschlossene vorherige und nachherige Behandlung des zum Experiment benützten Theiles constant, bis zu Ende des Versuches durchgeführt werde. Auf diese Weise bildet sich von selbst eine Basis aus, von der oberflächliche Begeisterung und wegwerfender Nihilismus verschwinden müssen, um Unanfechtbarerem Platz zu machen. Sind dann die Resultate negativ, so mag die *Leichtenstern*'sche Kritik (Balneoth. in *Ziemssen*'s Handb.) mit um so grösserer Berechtigung der Anhänger der Resorption spotten.

Um der endgültigen Beantwortung der Frage nach der Hautresorption gerecht zu werden, bedarf es entschieden der Arbeitstheilung unter Beachtung obgenannter Grundsätze; denn es sind der Variationen gar viele, die untersucht werden müssen, um schliesslich zu den maassgebenden Gesetzen zu gelangen.

Meine Versuche erstrecken sich über wässerige, alcoholische und ätherische Lösungen von Natr. salicyl., Acid. salicyl., Ol. Tereb., Jodkalium, Sublimat, Pilocarpin, Apomorphin. Die Application geschah in sämmtlichen Versuchen mittelst des Spray (für wässerige Lösungen mit Dampfspray, für die übrigen mit *Richardson*schem Zerstäuber). Ich habe diesen Modus der Anwendung aus zweierlei Gründen vorgezogen. Einmal werden von *Röhrig* bestimmte Angaben über positive Versuche mit dem Zerstäubungsstrahl gemacht, die *v. Willich* mit negativem Erfolge wiederholte; und zwar, wie ich jetzt anticipando mittheilen kann, weil Letzterer viel zu früh (schon ½—1 Stunde nach dem Versuch) im Harn nach den Stoffen suchte; andererseits konnte für diese Art des Versuches am bequemsten für Ausschluss von Respiration etc. gesorgt werden. Als Versuchsobject diente in allen Fällen der Unterschenkel und Fuss (selbstverständlich nur, wenn die Haut nach genauester Untersuchung für intact befunden wurde). Eine Thüre wurde ausgehangen, und in ihrem Falz ein circa kleinfingerdicker resistenter Gummischlauch befestigt und in diesen mittelst vieler Stemmschrauben ein mit Caoutchouc überzogener Rahmen eingepresst, so dass die Thürfeder durch diese Membran gebildet und nur das Kreuz von Holz war. In einem untern Feld eine Oeffnung, durch welche der Unterschenkel durchgesteckt wurde, eng umschlossen von der Caoutchoucwand. Am Fussboden war dieser Rahmen in eine Gummiplatte eingepresst, so dass der Abschluss nach allen Seiten vollständig erreicht war. Wenn alcoholische oder ätherische Lösungen benützt waren, so wurde das Zimmer, in welchem der Versuch von statten ging, stets gründlich ausgelüftet, bevor der Fuss zurückgezogen werden durfte, und die jenseitige Versuchsperson dann sofort entfernt.

Die zum Versuch gebrauchten Extremitäten wurden vorher jeweils entweder mit Seife allein, oder darauf noch mit Aether gewaschen, oder diese Proceduren ganz weggelassen. Nach Beendigung wurde das Bein abgetupft, in Binden oder Tücher gehüllt, und darüber vollständig mit impermeablem Stoff bedeckt.



Nur zur Controle diente das Freilassen des Beines. Die Untersuchung geschah so, dass ich jeweils von der Gesammtmenge des Urins 24 Stunden nach dem Versuch ein Theil zur Probe verwandte. Die Resultate stellen sich nun in Kürze gegeben folgendermaassen: Salicyls. Natron 2% mit Dampfspray auf die Haut zerstäubt, gab zwischen 9 und 12 Tagen deutliche Salicylsäurereaction im Urin; alcoholische Lösung ebenfalls nach der gleichen Zeit; ätherische Salicylsäurelösung zeigte nach 4—5 Tagen regelmässig starke Reaction. Dass diese Reactionen in directem Zusammenhang mit den Versuchen stehen, beweist ihr Ausbleiben beim Sistiren derselben. Gewöhnlich fand sich dann andern Tags noch eine deutliche Dunkelfärbung (braunroth) des Fe Cl, jedoch violett war die Farbe nie. Nach 2 × 24 Stunden war nichts mehr nachweisbar. In der gleichen Weise trat aber auch die Reaction auf. Nie war eine plötzliche Violettfärbung zu erzwingen. Immer wurde die Farbe allmälig dunkler, um schliesslich bestimmt zu werden. Es war mir möglich, aus ihrem jeweiligen Verhalten ungefähr voraus zu bestimmen, bis wann die endgültige Reaction da sein werde. Die Menge Flüssigkeit, die zu jedem Versuch durchschnittlich verwendet wurde, betrug 3—400 grmm. Es schien mir nicht bedeutungslos für die Schnelligkeit der Resorption zu sein, ob die Haut vorher gewaschen und mit Aether entfettet, oder ob sie belassen wurde, wie sie gerade war. In einigen Controlfällen trat die Reaction nach ersterer Procedur früher ein. Vor Allem aber ist die Thatsache bemerkenswerth, dass die Aetherlösung am schnellsten zur Resorption führte. Es lässt sich wohl nicht annehmen, dass die Lösung selbst den günstigen Factor in sich enthalte; denn der Aether verdunstet sofort (besonders mit dem Spray applicirt), und momentan nach Beginn des Versuches tritt der Salicylsäurerückstand in Form weisser Kreise am Rande der verdunsteten Flächen auf. Dieser geringe Zeitraum würde zur Resorption nicht genügen; ausser man nimmt an, die Haut resorbire blitzschnell, etwa wie gutes Fliesspapier. Andererseits muss man gerade bei Aetherlösungen die Aufnahme durch die gewöhnlich für die Resorption herbeigezogenen Hautöffnungen (Schweiss-, Talgdrüsenöffnungen, Haarbälge) verneinen, indem durch die Kältewirkung eine energische Contraction der Hautmusculatur eintritt.

v. Wittich hat durch Betupfen der Haut mit schwacher Höllensteinlösung Lymphcanäle in den tieferen Schichten der Epidermis dargestellt, die mit den Cutisbahnen in Zusammenhang stehen, und ihnen, wenn überhaupt Resorption möglich sei, dieselbe übertragen. Diese Annahme scheint in der That die entsprechendste zu sein. Sie erklärt vor Allem die lange Dauer bis zum Erscheinen der resorbirten Stoffe im Urin; gibt aber ebenso eine wichtige Stütze für die Bäderlehre ab. Dieses lymphatische Netz, das in den obersten, abschuppenden Epidermislagen fehlt und um so reichlicher auftritt, je tiefer man in die Haut eindringt, ist von den centralen Lymphströmen so weit entfernt, dass von einem „Strom" gewiss nicht mehr die Rede sein kann. Als äusserste Ausläufer in einem blutgefässlosen Theile (Rete Malpighi) kann ihnen unmöglich die Dignität von Lymphbahnen, wie sie nur in der Cutis schon vorkommen, gegeben werden, wenn schon sie als präformirte Lymphinterstitien betrachtet zu werden ein Recht haben. Wenn



nun ein differenter Stoff von aussen zu diesen Bahnen vordringt, so ist vor Allem klar, dass man ihn nicht nach einer halben Stunde schon im Urin nachweisen kann. Er wird in diesem beinahe stagnirenden Bezirk vorläufig liegen bleiben, und nur ganz allmälig, nach den gleichen Gesetzen, nach welchen auch diese Lymphräume nicht ewig ihren gleichen Inhalt bewahren, fortgeschwemmt, um schliesslich in immer rascherem Gange dem Kreislauf und der Wiederausscheidung zugeführt zu werden. So kommt es, dass wir erst nach mehr oder wenigen Tagen durch die Secrete positiven Aufschluss erhalten. Vom teleologischen Standpunct aus betrachtet, hiesse es geradezu der Natur Gewalt anthun, wollte man von ihr verlangen, dass sie ein Organ, das eben zum Schutze gegen äussere Einflüsse da ist, zu gleicher Zeit auch mit den entgegengesetzten Eigenschaften ausrüste. Es müssen die von der Natur gegebenen Hindernisse überwältigt werden; von der Balneotherapie geschieht es; vom Experiment muss es verlangt werden; dann werden auch die beiderseitigen Ergebnisse eine bessere Harmonie zeigen. Die schuppenförmig sich deckenden Hornzellen der Epidermis quellen im Bade auf, und durch diese stetige Wiederkehr wird der Zutritt zu dem darunter beginnenden Canalsystem erleichtert und ermöglicht. Das ist sicher, dass nach ein- oder zweimaligem Bade, und möchte der Stoff heissen wie er wollte, keine Hautresorption so stattgefunden hat, dass von einer balneotherapeutischen Wirkung die Rede sein dürfte. Auch das Experiment zeigt in dieser Abortivform negative Resultate. Freilich sind bei der Resorption noch andere Factoren unter allen Umständen thätig; so der chemische Charakter des Stoffes (der eine wird leichter resorbirt, ein anderer ist gar nicht dazu zu bringen, z. B. Sublimat). Aber es handelt sich jetzt noch nicht, wie ich früher bemerkte, um die Aufstellung feinerer Unterschiede; sondern vor Allem ist die Frage zu beantworten: Resorbirt die Haut? Darauf muss ich mit einem entschiedenen Ja antworten. Den etwaigen Einwurf, dass das Experiment in einer der balneotherapeutischen Praxis vollständig fremden Weise angestellt sei, da mit dem Spray gearbeitet wurde, berichtige ich dahin, dass nur die mechanischen Verhältnisse dabei betroffen werden, indem der Druck beim Spray ein höherer ist. Beim Bade dauert es in Folge dessen länger, bis Resorption eintritt; sie bleibt aber dieselbe.

Von der andern Gruppe (den physiologisch-toxicologischen Substanzen) will ich das Pilocarpin erwähnen. Bei diesen Mitteln scheinen individuelle Dispositionen stark im Spiele zu sein; eine Analyse derselben war unmöglich; indess ist Vorsicht in der Deutung der Resultate nöthig. In einem Fall war es mir möglich, den gesammten Symptomencomplex der Pilocarpinwirkung zu erhalten, nach Bespritzen mit 300 grmm. einer 0,1 grmm. äther. Lösung. Ja sogar der während $1\frac{1}{2}$ Stunden nach dem Versuch auf die Trommel aufgenommene Puls zeigte die charakteristischen Veränderungen im Verhalten der Rückstosselevation; Schweiss und Salivation waren die in der Mehrzahl der Versuche constanten Symptome. Dagegen zeigten wieder andere ein negatives Resultat. Zum Erbrechen konnte ich es mit Apomorphin nie bringen; dagegen in mehreren Fällen zu Brechreiz und Uebelkeit.

So wünschenswerth es wäre, mit Alcaloiden Versuche anzustellen, so sind



hiebei die Schwierigkeiten doch grösser wie bei den andern Mitteln. Einmal ist die individuelle Prädisposition eine verschiedene, so dass die entsprechende Dosirung zeitraubende Versuche bedingt, und anderntheils unterliegen diese Stoffe schnelleren Veränderungen und ist das Verhältniss ihres Einflusses auf die Nervensubstanz, (durch den ja die meisten Alcaloide wirken und der wahrscheinlich in seinen Gradverschiedenheiten die „individuelle Prädisposition“ decken wird) zu den verschiedenen, bei der Hautresorption noch mitspielenden Factoren nicht zu eruiren.

Als das Prototyp für die Resorptionsfähigkeit der Haut möchte ich somit den Salicylsäureätherspray aufstellen; und davon ausgehend, zu weiteren Versuchen in diesem, von den conträrsten Behauptungen umstrittenen Gebiete aufzumuntern, ist der bescheidene Zweck dieser Zeilen.

München, März 1883.

Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Präsident: Dr. *O. Haab.* Actuar: Dr. *Müller.*

Sitzung, den 7. Januar 1882. [1])

1) Vortrag von Prof. *Krönlein*: „Klinischer Beitrag zur topischen Diagnostik der Hirnverletzungen und zur Trepanationsfrage“ (s. Corr.-Bl. 1882, S. 161).

2) Dr. *Veraguth* referirt in Kürze über eine Beobachtung, welche er in seiner Jägerpraxis zu machen Gelegenheit hatte und die er der Erwähnung für werth erachtet, nicht blos in wissenschaftlichem, sondern auch in allgemein hygieinischem Interesse. Er hat neulich einen Hasen geschossen, der offenbar schwer krank war; das Thier war zum Skelett abgemagert und zeigte bei der Section eine ausgedehnte Verwachsung der Lungen. Dieselben waren mit grossen käsigen Knoten durchsetzt und in verschiedenen Organen fanden sich zahlreiche Miliartuberkel.

Dr. *Haab* theilt eine ganz ähnliche Beobachtung mit, welche er bei Eröffnung einer Katze machte.

3) Als Mitglied wird neu aufgenommen Dr. *von Corval.*

Sitzung, den 4. Februar 1882.

1. Vortrag von Herrn Prof. *Horner*: „1) Ueber Chininerblindung. 2) Klinische Erfahrungen über Markschwamm der Netzhaut.“

Anschliessend an einen Fall von Chininerblindung, den Prof. *Horner* beobachtete, berichtet er 1) über die Literatur dieser Krankheit und die Ansichten von dem Wesen der Erblindung und 2) über die Resultate von Experimenten, welche Herr *Hans Brunner*, Med. pract., angestellt hat. Die Dissertation von Herrn *Brunner* „Ueber Chininamaurose“ enthält die vollständigsten Angaben (v. Corr.-Bl. 1883, Nr. 7, p. 184).

Prof. *Horner* theilt ferner die statistischen Resultate über Netzhautgliom und sein Schicksal mit, welche Herr Dr. *Vetsch* den Protocollen der ophthalmolo-

[1]) Erhalten 4. April 1883



gischen Klinik und der Privatpraxis Prof. *Horner*'s enthob. Dieselben sind in der Arbeit „Ueber Glioma retinæ“ von Dr. *U. Vetsch*, Archiv f. Augenheilkunde XI, 4, zur Veröffentlichung gelangt. — Prof. *Horner* weist eine Tafel vor, auf welcher 92 Netzhautgliome und 187 melanotische Chorioidealsarcome nach dem Alter der befallenen Individuen eingetragen sind. Aus den Curven erhellt auf's deutlichste, dass das Gliom eine meistens wohl angeborene Evolutionsgeschwulst, das Chorioidealsarcom gleich den Uterusfibromen und Epithelialcarcinomen als Involutionsgeschwulst aufzufassen ist.

II. Mittheilungen von Dr. *Rahn-Meyer* über *Bufalini*'s Plessimeter. — Dasselbe war auf dem Londoner internationalen Aerztecongress (1881) ausgestellt und von seinem Erfinder Dr. *Bufalini* Herrn Dr. *Beck*, dem Redactor der Vierteljahrsschrift für ärztliche Polytechnik, geschenkt worden. Dr. *Beck* rühmt nun im Jahrg. III, Heft 4, pag. 184 die Stärke und feine Nüancirung des Schalles dieses Plessimeters so ausserordentlich, dass Dr. *R.* dieses Instrument kennen zu lernen wünschte. Dasselbe ist eine biconvexe Linse aus Cypressenholz, deren Durchmesser 4 cm. und deren Axe 19 mm. beträgt. Der Erfinder legt besondern Werth darauf, dass die Fasern des Holzes in der Richtung der Axe verlaufen. Durch verschiedene Füllung von einigen Gläsern mit Wasser stellte Dr. *R.* Resonanzapparate her, mit denen er demonstrirte, dass das *Bufalini*'sche Plessimeter in der That im Vergleich mit dem Elfenbeinplessimeter einen stärkern und hellern Schall lieferte.

III. Als neues Mitglied der Gesellschaft wird aufgenommen Dr. *Th. Wyder*.

Sitzung den 18. Februar 1882.

I. Vortrag von Dr. *Nauwerk:* „Ueber Wandendocarditis und ihre Beziehung zur spontanen Herzermattung“ (wird anderwärts veröffentlicht).

II. Prof. *Krönlein:* Demonstration eines jungen Mannes mit Hernia inguinoproperitonealis. — In den meisten Fällen handelt es sich um congenitale Hernien; doch gibt es auch acquirirte. Die Genese ist wahrscheinlich eine verschiedene. *Streubel* hat diese Hernien unter den Scheinreductionen abgehandelt. Die Einklemmung kommt an verschiedenen Stellen vor — unglücklicherweise am seltensten aussen, am annul. ingl. ext., gewöhnlich am Ostium abdom. oder am ost. properiton. *Krönlein* hält eine Diagnose und eine erfolgreiche Therapie der Einklemmung für möglich. Bereits auch 4 geheilte Fälle bekannt von: *Neuber*, *Rosander*, *Trendelenburg* und *Krönlein*. Die Diagnose ist zu stellen, wenn durch irgend ein Merkmal die properitoneale Tasche zu erkennen ist. Man muss an die Möglichkeit dieser Hernie denken in einem Falle von

1) Kryptorchismus mit Inguinalhernie. — Im vorliegenden Falle hat *Kr.* den kleinen atroph. Testikel am annul. ext. fühlen können, bei Druck zog er sich von hier zurück in die properitoneale Tasche.

Fernere werthvolle Zeichen sind:

2) Sofortiger Prolaps des Bruchinhaltes nach der Reposition.

3) Deutliche Prominenz mit tympanitischem Klang in der Gegend des innern Leistenringes und über dem *Poupart*'schen Bande.

4) Die Bauchdecken sind über dem Tumor etwas atrophisch.



5) In einzelnen Fällen gelingt es, den ganzen Bruchinhalt zu reponiren mit Verschwinden des Tumors und Nachweis des Ost. abdomin. durch die Palpation.

Die properitoneale Tasche kann auch ganz in's kleine Becken zu liegen kommen, in welchem Falle man die Untersuchung per vagin. s. rectum vorzunehmen hat. — Zur Erklärung der Genese in einer gewissen Zahl von Fällen sind die von *Hartung* (Aachen) und *Linhart* (Würzburg) beschriebenen Taschen des Peritoneums, welche namentlich häufig in der Gegend des Leistencanals vorkommen, wichtig. Auf weitere Möglichkeiten der Entstehung geht der Vortragende nicht ein und verweist im Uebrigen auf seine monographische Darstellung im Archiv f. klin. Chir. Bd. XXV.

Die Therapie besteht in der Hernio-Laparotomie — Bruchschnitt über dem *Poupart*'schen Bande, Bloslegung und Exstirpation der properitonealen Tasche; doch muss man sich gewöhnlich mit der Excision der vordern Wand begnügen wegen der festen Verwachsung der hintern Wand mit dem Peritoneum. — Von der Hernia cruro-properitonealis sind bisher nur 2 Fälle beobachtet worden (*Rosander* und *Tessier*).

Referate und Kritiken.

Lehrbuch der Psychiatrie

für Studirende und Aerzte von Prof. *Rud. Arndt* in Greifswald. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1883. 637 S.

Ich habe vor einigen Jahren im ärztl. Corr.-Bl. mein Bedauern darüber ausgesprochen, dass die literarische Production im psychiatrischen Gebiete, soweit es sich um Hand- und Lehrbücher der Psychiatrie handelt, eine zu geringe sei. Gegenwärtig lässt sich dies nicht mehr sagen; von den letzten Jahren brachte jedes derselben ein paar derartige Werke zum Vorschein, und es ist gegründete Aussicht, dass dieser Strom literarischen Geistesflusses noch nicht am Versiegen sei. Ich möchte aber jetzt nicht das Gegentheil bedauern und mich denen anschliessen, die in jüngster Zeit eine Ueberproduktion auf anderen medicinischen Gebieten beklagen. Ich glaube vielmehr, dass eine Doktrin, bei deren Darstellung der Subjectivismus eine solche Rolle spielen kann, wie wir ihn in verschiedenen neuern psychiatrischen Lehrbüchern vertreten sehen, durch eine gesteigerte Production nur gewinnen kann, weil an die Stelle der mangelnden persönlichen Kritik die öffentliche, allgemeine tritt, die läuternd und aufklärend, beschränkend und abweisend, aber auch die verschiedenen Standpunkte vermittelnd nur zur Förderung der Sache selbst dienen kann. Von diesem Gesichtspunkte aus begrüsse ich auch diese neue Produktion.

Der Standpunkt, den dieselbe einnimmt, ist der alte von der Einheit der verschiedenen psychischen Krankheitsformen, deren Verschiedenheit darin beruhen soll, dass sie den einzelnen Stadien des einen und gleichen Krankheitsprocesses entspricht. „Das psychische Leben, nur eine Seite des Nervenlebens überhaupt, hat als Grundlage das sogenannte Nervenzuckungsgesetz und daher wird auch das krankhafte psychische Geschehen auf das Zuckungsgesetz des ermüdeten und absterbenden Nerven zurückgeführt."

Verfasser behandelt also in seinem Buche die Geisteskrankheit, nicht die verschiedenen Arten derselben, wie es Andere, nach meiner Meinung richtiger, machen. Das Buch ist daher wesentlich nur eine allgemeine Psychopathologie. Wir erfahren vom Verfasser in den 20 Capiteln, in die dasselbe eingetheilt ist, viel Lehrreiches, Interessantes und Nützliches, aber auch viel Gewagtes, Uebertriebenes und geradezu Unrichtiges, immer aber wird uns dasselbe in einer geistreichen, scharfen und klaren Behandlungsweise vorgelegt. Es ist eben der gesteigerte Subjectivismus, der sich in ihm ausspricht. Ich kenne seit *Neumann*'s Lehrbuch der Psychiatrie kein originelleres Werk als das vorliegende. Es vertritt wie jenes am ausgesprochensten die Licht-, aber auch die Schattenseiten unseres Faches. Es wird wie dieses eine beliebte und anregende Lectüre für den Fach-



mann, den psychiatrischen Specialisten, bilden, aber es ist als Lehrbuch für Aerzte und Studirende nicht zu empfehlen. Dieser Ueberzeugung muss ich bei aller Hochachtung vor dem Verfasser bestimmten Ausdruck geben. *L. W.*

Verhandlungen des Congresses für innere Medicin.

Erster Congress, gehalten zu Wiesbaden 20.—22. April 1882.

Herausgegeben von *E. Leyden* und *E. Seitz.* Verlag von F. Bergmann in Wiesbaden.

Aus der reichen Fülle der Verhandlungen sind vor Allem hervorzuheben Vortrag und Discussion über den Gegenstand der ersten Tagesordnung: Pathologie des Morbus Brightii, Ref. Prof. *Leyden.* Die sehr belebte Discussion ergab, dass die vom Vortragenden geäusserte Hoffnung, es bestünden zur Zeit nach langem Streite über die Grundzüge der Lehre vom Morbus Brightii nicht mehr wesentliche Meinungsdifferenzen, nicht in gewünschter Weise bestätigt wurde; es ergaben sich im Gegentheil wesentliche Differenzen besonders zwischen *Leyden*'s Anschauung, der mehr klinisch unter Morbus Brightii verschiedene diffuse Nierenerkrankungen begreift, die nicht alle als Entzündung zu bezeichnen sind (Schwangerschaft-Niere, Amyloid-Niere, Nierensclerose) und *Rosenstein,* der mehr den anatomischen Standpunct hervorhebend, die Entzündung der Niere als anatomisches Substrat der *Bright*'schen Krankheit fordert.

Der zweite Vortrag *(Koch)* hatte zum Gegenstand die nun allgemein bekannten Untersuchungsresultate dieses Autors „Ueber die Aetiologie der Tuberculose". In der interessanten Discussion gelangte vorwiegend die Anschauung zur Geltung, dass Tuberculose und Phthise nicht principiell zu trennen, dass die causale Noxe nicht eine verschiedene sei und dass wie für die klinisch und anatomisch verschiedenen Formen des Processes so auch für die Uebertragung derselben von einem Individuum zum andern die Präparation eines für die Haftung des Tuberkelbacillus günstigen Nährbodens von entscheidender Bedeutung sei.

Von grossem Interesse ist ferner noch die lebhafte, an ein Referat von *Liebermeister* sich anknüpfende Discussion über antipyretische Behandlungsmethode, aus welcher hervorging, dass im Allgemeinen trotz einzelner Meinungsdifferenzen die Anerkennung des Principes der antipyretischen Fieberbehandlung innerhalb der deutschen Medicin durchgedrungen ist.

Trotzdem aus dem reichen Materiale noch Manches hervorzuheben wäre, müssen wir uns begnügen, noch zu erwähnen, dass der Verleger es verstanden hat, durch übersichtliche Anordnung und schönen Druck das Buch auch nach dieser Richtung hin werthvoll und handlich zu machen. Dr. *L. Rütimeyer*.

Sammlung klinischer Vorträge.

Von *Richard Volkmann.*

Nr. 222: Dr. *H. Bircher* (Aarau), Die malignen Tumoren der Schilddrüse.

Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1882. 24 S.

Verf. bekam 3 Krebskröpfe zur Operation: der erste Fall betraf ein Rundzellen-Sarcom bei einem 50jährigen Manne; Pat. starb am 4. Tage nach der Operation an Erstickung, der zweite ein hartes Carcinom bei einer 48jährigen Pat., sie starb 15 Tage nach einer sehr ausgedehnten Recidiv-Operation (Excisio laryngis); der dritte Fall eine „adenoide maligne Neubildung" bei einer 21jährigen Pat.; sie genas und lebt heute noch. — An der Hand dieser Fälle sowie der vorliegenden Literatur entwirft Verf. in seinem klinischen Vortrage das pathologisch-anatomische und klinische Bild der malignen Tumoren der Schilddrüse. Wie Ref vor 4 Jahren denselben Gegenstand bearbeitete, legte er ein Hauptgewicht darauf, nur anatomisch genau untersuchte Fälle zu verwerthen zur Präcisirung eines Krankheitsbildes, welches bis dahin noch so unbestimmt war, dass auf exacter Diagnose beruhende therapeutische Leistungen fast gar nicht vorkommen. Es konnte ihm hiebei nicht gelingen, in klinischer Beziehung neue Gesichtspuncte zu finden, ebenso wenig wie *Braun* in seiner erst kürzlich erschienenen Arbeit. In ätiologisch-genetischer Hinsicht aber wurde aus der vorhandenen Casuistik der Schluss gezogen, dass die maligne Neubildung nur in präexistirenden Strumen zur Entwicklung komme und deswegen wurde die Bezeichnung Struma maligna gewählt. Sie ist auch von *Braun* adoptirt worden. *Bircher* tritt dieser Annahme entgegen und spricht von malignen Tumoren der



Schilddrüse. Als einzigen, wirklich stichhaltigen Beweis, dass Sarcom und Carcinom auch in normalen Schilddrüsen vorkommen können, führt er an, dass in einem seiner Fälle Herr Prof. *Langhans* neben der Neubildung noch normales Thyreoidealgewebe gefunden habe. Aber ein Beweis für die Annahme *Bircher*'s ist dieser Befund keineswegs; sogen. normales Thyreoidealgewebe findet sich auch in gewöhnlichen gutartigen Strumen an einzelnen Stellen gar nicht selten, zumal in den Mischformen derselben.

Sehr zu bedauern ist es, dass in dem einzigen Falle, den *Bircher* durch die Operation rettete, keine sichere anatomische Diagnose gestellt wurde. *Bircher* spricht pag. 1903 erst von einer adenoiden malignen Neubildung, dann von einem Cysto-Carcinom; *Schmutziger* aber, welcher die microscopische Untersuchung vornahm, bezeichnet (Corresp.-Bl. 1882, pag. 748) denselben Tumor als Adenom der Schilddrüse, also als gewöhnlichen gutartigen Kropf, und als adenoide Bildung. Der letztere Ausdruck ist in der Literatur der Struma maligna neu, in der Geschwulstlehre aber ist er eigentlich schon ganz vergessen (der Name stammt von *Velpeau*). Gerade in einem Falle, wie in dem *Bircher*'schen, wo Heilung nach der Operation eintrat, ist es gewiss nöthig für den Operateur sowohl wie für Andere, sich darüber zunächst klar zu sein, ob eine maligne Neubildung oder eine gutartige vorlag. Der sichere Entscheid ist, das ist gewiss, bei den malignen Strumen nicht immer leicht, aber er ist doch stets möglich.

Für die Behandlung des malignen Kropfes stellt Verf. den Satz auf: „Wenn wir das Recidiv vermeiden wollen, so dürfen wir die maligne Neubildung nicht blos abpräpariren, sondern wir müssen die Wandungen dieser Organe, so weit die Verwachsung besteht, reseciren", woraus unmittelbar folgt, „dass zur Exstirpation je nach den Verwachsungen sich die Resection der Halsgefässe, des Kehlkopfes, der Trachea und des Oesophagus gesellen." So unumstösslich richtig diese Sätze am Schreibtische sich denken lassen, so mögen sie in praxi doch einige Einschränkungen erfahren. Aus der von *Braun* gemachten Zusammenstellung sämmtlicher Operationen bei malignen Strumen ergibt sich, dass von 34 Kranken 22 unmittelbar nach der Operation starben und nur 12 (35,5%) dieselbe überlebten; von letztern starben 6 nach einem baldigen Recidiv und als radical geheilt kann nur ein e i n z i g e r Fall von *Maas* angesehen werden, ein alveoläres Carcinom bei einem 34jährigen Manne, wo 16 Monate nach der Operation noch die Heilung constatirt wurde. Das ist gewiss eine beachtenswerthe Thatsache, dass v o n 34 O p e r i r t e n n u r e i n e r m i t S i c h e r h e i t g e h e i l t i s t. Werden die Chancen der Operation aber besser durch die Forderung *Bircher*'s, ausgedehnter als bisher zu operiren? Gewiss nicht! Sie soll nur die Recidive vermindern, aber die $^2/_3$ von Kranken, die unmittelbar nach der Operation sterben, berührt sie gar nicht. Ref. hat früher über die Operationen bei Krebskropf auch anders gedacht als jetzt, aber die Veröffentlichungen der letzten Jahre und gerade auch die von *Bircher* lassen darüber keinen Zweifel, dass von Seite der operativen Technik beim sicher diagnosticirbaren Krebskropfe nicht viel andere Erfolge zu erwarten sind, als die bisherigen. Nur durch Frühoperationen kann den armen Kranken wirklich geholfen werden, und zu diesen werden wir kommen, wenn allmälig unter dem Publicum die bessere Einsicht Platz greift, die den Kropf nicht, wie bisher so oft, einfach den nothwendigen Uebeln beizählt, die nur von Wind und Wetter und der „Abänderung" (Menopause) beeinflusst werden. Der Hauptfortschritt, den uns die letzten Jahre gebracht haben, besteht darin, dass wir, Dank der Antiseptik, die Indicationen zur Kropfexcision viel weiter stellen dürfen, als dies bis jetzt geschehen war. Für den Krebskropf fixirt daher *Kocher* den jetzigen therapeutischen Standpunct treffend in folgenden Worten: Vorläufig ist die Hoffnung, dass wir auch die malignen Tumoren bald zu einer Zeit werden operiren können, wo die Operation gute Chancen bietet, nur darauf zu gründen, dass wir überhaupt die Indication zur Kropfexcision sehr viel weiter ausdehnen dürfen, als bisher. D e r l e i s e s t e V e r d a c h t a u f m a l i g n e N a t u r m u s s g e n ü g e n, u m e i n e E x s t i r p a t i o n u n d z w a r e i n e T o t a l e x c i s i o n z u r e c h t f e r t i g e n.

Kaufmann.

Klinische Beiträge zur Lehre von den Orbitaltumoren.

Von *Huber*. Dissert. Zürich, 1882. Hch. Zürcher. 50 S.

H. theilt 7 grösstentheils selbst in der Praxis von Prof. *Horner* (und Dr. *Kappeler*) beobachtete Fälle von eigentlichen Orbitaltumoren mit. Darunter sind besonders erwäh-



nenswerth eine grosse Elfenbeinexostose des rechten Stirnbeins, ein Syphilom am linken Orbitaldache, das ausser starker Protension des Bulbus zu Netzhautablösung und bedeutender Herabsetzung des S geführt hatte, welche Symptome jedoch auf Injectionen von Quecksilberpepton vollständig zurückgingen; ferner ein Adenom in der linken Orbita, vermuthlich von der Thränendrüse ausgehend, nach dessen Entfernung S ca. $^{8-10}/_{100}$ auf $^{2}/_{5}$ sich hob; endlich eine angeborene Dermoidcyste in der linken Orbita, nach deren Exstirpation das S von $^{2}/_{5}$ auf $^{2}/_{3}$ stieg, aber Ptosis zurückblieb. *Hosch.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Einladung zur XXVI. Versammlung des ärztlichen Centralvereins Freitag, den 25. Mai, Abends und Samstag, den 26 Mai 1883 in **Basel**.

Programm: Am Vorabend, Freitag, den 25. Mai, Abends 8 Uhr, versammelt sich die medicinische Gesellschaft zu Basel in der Kunsthalle (II. Stock, Oberlichtsaal) zum Empfang der auswärtigen Mitglieder des Centralvereins und zum Anhören eines Vortrages von Prof. *Immermann*, nach welchem in den Restaurationsräumen der Kunsthalle (Erdgeschoss) die weiteren Abendstunden der geselligen Vereinigung gewidmet sein sollen.

Samstag, den 26. Mai.

8—10 Uhr klinische Demonstrationen im Bürgerspital, gleichzeitig in der medicinischen, chirurgischen, geburtshülflichen und psychiatrischen Klinik, sowie im Kinderspital, in der Augenheilanstalt und in der Diaconissenanstalt in Riehen.

10 Uhr Besichtigung der Universitätsbibliothek im Museum und der mittelalterlichen Sammlung (im Kreuzgang des Münsters).

$^{1}/_{2}$11 Uhr Frühschoppen in dem gegenüber dem Bernoullianum gelegenen Garten von Prof. *Hagenbach-Bischoff*, den Collegen dargeboten von der Basler med. Gesellschaft.

Hauptsitzung präcis $^{1}/_{2}$12 Uhr im grossen Saale des Bernoullianums

Tractanden: 1) Bericht des Präsidenten Dr. *Sonderegger*.
2) Vortrag über Neuritis von Prof. *Roth*.
3) Referat über die Hülfscasse für Schweizerärzte von Dr. *Baader*.
4) Vortrag über die Selbstmorde in der Schweiz von Dr. *Ladame*.
5) Kleinere Mittheilungen.

Banket um 2 Uhr im grossen Musiksaal (Stadtcasino).

Tit.! Nachdem nun ein ganzes Jahr verstrichen, seit wir am 27. Mai 1882 die letzte Zusammenkunft des Centralvereins abgehalten haben, geben wir uns der angenehmen Hoffnung hin, dass diese Basler Versammlung eines zahlreichen Besuches von Nah und Fern sich zu erfreuen haben möge und laden Sie deshalb Alle auf das Herzlichste ein: die Mitglieder des ärztlichen Centralvereins, unsere Freunde der Société médicale de la Suisse romande, sowie alle Collegen, welche Anregungen zu geben oder zu empfangen lieben.

Basel, den 25. April 1883.

Namens der Aerzte-Commission:
Sonderegger, Präsident.
Burckhardt-Merian, Schriftführer.

— **Bundesrath Dr. Deucher**. Wir begrüssen heute mit besonderer Befriedigung unseren neuen Bundesrath, Herrn Dr. med. *Deucher;* ist es doch das erste Mal in den Annalen unseres Landes, dass ein practischer Arzt an diese höchste Stelle berufen wird. Möge es seiner umsichtigen Thatkraft und seiner practischen Erfahrung gelingen, auch auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, in dem noch so manche unerfüllte Pläne und Projecte der Ausführung harren, das zu erreichen, was wir dermalen zutrauensvoll von der Zukunft erhoffen. —

— **Mortalitätsstatistik.** Aus den verdienstlichen Publicationen des eidgenössischen statistischen Bureau, deren Zusendung wir freundlich verdanken, stellen wir die nachfolgende Tabelle zusammen. Sie soll uns die ärztliche Mithülfe bei dieser so wichtigen Statistik klarlegen. Die Rubrik der % der ärztlich bescheinigten (oder bei gewaltsamen



Todesfällen auch nur amtlich constatirten) Todesursachen zeigt uns, was der Eifer der Aerzte und der Behörden erreichen konnte. Es ist wichtig, sich diese Zahlen immer wieder vor Augen zu halten, da sie uns die deutlichen Wegweiser zur rationellen hygieinischen Prophylaxis sind. Sie lassen auch hoffen, dass der Fortschritt zu der noch wichtigeren Morbiditätsstatistik — wenigstens für bestimmte Krankheitsgruppen — der gesammten Schweiz werde durchführbar sein. Wir hoffen, dass die Collegen im Eifer für diese nützliche Sache nicht nachlassen, ja an einzelnen Orten die Schwierigkeiten (Terrain, Curpfuscherei, laxe Behörden) noch wesentlicher überwinden werden.

Die factische Bevölkerung ist auf die Mitte des Jahres berechnet.

1881

Canton.	Areal ohne Seen.	Factische Bevölkerung.	Total Gestorbene excl. Todtgeborene.	Aerztlich bescheinigte Todesursachen.					
				1876	1877	1878	1879	1880	1881
	km²			%	%	%	%	%	%
Zürich	1649,9	319489	6786	99	99	99	100	99	99
Bern	6767,6	533663	11520	77	83	85	86	88	88
Luzern	1436,9	134950	3190	74	85	90	90	93	97
Uri	1056,1	24137	599	38	58	62	63	68	62
Schwyz	855,3	51441	1168	77	83	82	86	84	88
Unterwalden o.W.	463,8	15411	294	95	98	99	99	99	99
Unterwalden n.W.	258,9	12009	253	77	87	85	77	88	88
Glarus	684,8	34158	795	73	63	72	70	66	69
Zug	205,3	23111	569	76	75	86	91	95	98
Freiburg	1596,8	115666	2746	40	55	58	57	61	59
Solothurn	792,3	80757	1873	58	78	78	77	79	79
Baselstadt	35,8	66113	1608	100	100	100	100	100	100
Baselland	421,6	59571	1358	76	84	88	88	87	83
Schaffhausen	294,2	38385	822	99	99	99	100	100	100
Appenzell A./Rh.	242,1	52146	1281	82	89	86	81	83	84
Appenzell I./Rh.	177,5	12895	420	36	66	59	52	54	55
St. Gallen	1942,4	211627	4946	82	83	86	85	95	96
Graubünden	7123,8	95178	2065	54	60	61	57	59	57
Aargau	1395,4	198632	4403	75	79	81	80	81	83
Thurgau	858,1	99917	2098	98	98	99	99	100	100
Tessin	2736,9	131428	3379	67	73	75	78	80	82
Waadt	2797,0	239140	5131	61	73	74	74	70	73
Wallis	5232,4	100410	2138	35	39	38	38	35	34
Neuenburg	712,4	104108	2412	94	96	96	96	93	94
Genf	249,4	102082	2125	98	100	100	100	99	99
Schweiz	39986,7	2856424	63979	76	81	83	83	84	85

Schaffhausen. In Stein a. Rh. starb den 26. März im Alter von 60 Jahren Herr Dr. med. *Arnold Mettler* von dort. Der Verstorbene hatte seiner Zeit in Heidelberg und Würzburg studirt und sich nach abgelegtem Doctor- und Staatsexamen in Stein a. Rh. als Arzt niedergelassen, wo er eine ausgedehnte Praxis besorgte. Vor einigen Jahren erlitt er einen apoplectischen Anfall, der ihn an der weitern Ausübung seiner Praxis hinderte. Seine Verhältnisse erlaubten ihm, sich von der ärztlichen Praxis gänzlich zurückzuziehen.

Wenige Tage vor seinem Tode trat ein neuer Anfall ein, von welchem sich der Patient nicht mehr erholte. Ein biederer College, ein wahrer, offener Freund von seltenem Humor ist mit ihm von uns geschieden. R. I. P.



Procentverhältnisse der Jahresresultate von 1882.

Ortschaften mit über 7000 Einwohnern.	Factische Bevölkerung berechn. auf Mitte 1882.	Geborene auf 1000 Einwohner.	Todtgeborene auf 100 Geburten.	Gestorbene auf 1000 Einwohner.	In Folge nachstehender Todesursachen gab es Sterbefälle auf je 10.000 Einwohner — beim Kindbettfieber auf je 1000 Gebärende: Infectionskrankheiten. Pocken.	Masern.	Scharlach.	Diphth. u. Croup	Keuchhusten.	Rothlauf.	Typhus.	Ruhr.	Kindbettfieber.	Andere vorherrschende Krankh. Lungenschwind-sucht.	Acute Krkht. d. Athmungsorg.	Organische Herzkrankheitn.	Schlagfluss.	Enteritis der kleinen Kinder.	Gewaltsamer Tod.	Bescheinigte Todesursachen auf 100 Sterbefälle.
Genève	50559	21,0	5,9	16,2	—	0,4	2,2	1,2	0,4	0,2	1,2	—	4,4	23,5	20,0	18,6	8,5	10,9	4,9	100
Genf, Plainpalais, Eaux-Vives	69401	23,4	5,2	22,5	0,2	0,4	2,7	2,4	0,2	0,1	2,7	—	5,2	39,2	28,0	19,0	10,1	12,2	8,6	99
Zürich	25719	20,5	3,9	16,6	—	0,8	1,6	2,3	1,2	1,2	0,8	—	3,6	19,4	22,2	5,1	10,1	14,4	10,1	100
Zürich mit 9 Ausgemeinden	79004	31,4	5,1	30,3	—	0,5	1,5	18,7	13,7	1,4	8,1	—	6,5	36,3	37,0	11,6	9,0	26,6	12,8	100
Basel	64019	31,3	4,1	20,3	—	—	8,0	6,9	1,1	1,4	3,4	—	7,7	38,3	17,2	7,2	6,6	23,6	9,1	100
Bern	45367	32,5	4,9	25,8	0,7	—	3,0	11,2	4,6	1,5	4,2	—	0,7	40,6	32,8	15,2	11,2	10,8	10,1	99
Lausanne	30758	27,0	4,7	21,1	0,3	—	0,3	6,8	0,3	1,3	2,3	—	3,4	23,4	29,3	18,9	7,8	12,0	10,4	100
Chaux-de-fonds	22856	32,1	2,9	20,7	—	—	—	0,9	2,2	0,9	5,3	—	6,6	24,1	27,1	10,9	6,6	12,7	12,3	99
St. Gallen	22191	28,6	5,9	25,0	—	—	0,5	6,3	4,1	0,5	1,8	—	—	33,3	19,8	15,8	14,9	24,3	9,5	100
Luzern	18377	23,8	5,0	24,4	—	—	0,5	15,2	7,1	—	4,4	—	8,7	37,0	24,5	12,5	10,9	7,6	8,7	100
Neuchâtel	15974	26,9	2,5	24,1	—	0,6	1,9	4,4	2,5	—	12,5	—	2,3	31,3	33,2	5,0	6,9	11,3	18,2	97
Winterthur	14257	31,3	3,3	18,6	—	—	—	18,2	1,4	0,7	2,1	—	4,3	23,1	31,6	7,7	7,7	6,3	4,9	98
Schaffhausen	12031	30,3	4,5	21,7	—	—	—	10,8	0,8	0,8	3,3	—	5,2	27,4	29,1	5,8	11,6	20,8	9,1	100
Biel	12178	32,7	6,4	24,0	—	—	—	10,7	0,8	—	4,1	—	2,4	31,2	37,8	8,2	10,7	22,2	10,7	99
Fribourg	11647	30,0	4,4	31,2	—	8,6	—	1,7	7,7	—	3,4	—	2,7	39,5	43,8	18,0	8,6	37,8	6,9	97
Herisau	11296	30,8	3,3	26,1	—	2,7	—	9,7	4,4	1,8	5,3	—	—	23,0	47,8	7,1	15,9	20,4	1,8	97
Locle	10487	36,4	4,5	21,3	—	—	—	4,8	7,6	2,9	1,9	—	—	23,9	22,9	9,5	7,6	19,1	11,5	97
Chur	9101	23,3	3,6	25,1	—	—	2,2	4,4	—	2,2	3,3	—	—	45,1	26,4	6,6	18,7	8,8	6,6	100
Einsiedeln	8523	33,0	2,1	23,3	—	—	—	14,1	1,2	1,2	3,5	—	3,5	25,8	38,7	8,2	3,5	23,5	9,4	97
Altstädten	7847	28,0	2,7	23,4	—	—	—	6,4	8,9	1,3	1,3	—	4,4	24,2	34,4	11,5	8,9	17,8	8,9	99
Vevey	7820	24,7	4,5	18,9	—	—	3,8	7,7	6,4	2,6	—	—	9,9	19,2	21,7	15,3	12,8	10,2	10,2	93
Solothurn	7764	22,5	3,8	31,6	—	—	1,3	24,5	1,3	3,9	8,3	—	9,0	37,4	27,0	14,2	11,6	16,7	16,7	100
St.-Imier	7335	40,1	3,0	26,6	—	—	2,7	4,1	1,4	1,4	12,3	—	6,6	31,4	35,4	8,2	16,4	31,4	8,2	99
Lugano	6147	30,6	—	24,7	—	1,6	—	—	8,1	—	1,6	—	—	14,5	29,3	19,5	11,4	8,1	3,3	99
Durchschnitt im Jahre 1882	494380	29,3	4,4	24,3	0,1	0,4	2,2	9,1	2,8	1,1	4,5	—	4,7	33,7	29,5	12,5	9,6	17,9	10,0	99
Ohne St. Imier und Lugano „ „ „ 1882	480898	29,1	4,5	24,2	0,1	0,4	2,2	9,3	2,7	1,1	4,4	—	4,7	34,0	29,4	12,5	9,5	17,8	10,1	99
„ „ „ 1881	472739	29,9	4,6	24,3	1,8	3,8	1,0	9,3	2,8	0,8	6,2	—	3,4	31,8	26,8	11,2	9,2	24,7	9,9	99
„ „ „ 1880	464582	30,2	4,6	24,6	1,7	1,3	3,5	7,7	2,9	0,7	5,2	—	3,7	31,5	31,8	10,4	8,8	23,4	9,5	99
„ „ „ 1879	456123	31,0	4,7	24,8	2,2	1,6	2,8	5,7	3,0	0,6	4,9	—	4,0	32,6	28,3	10,9	9,0	24,7	11,4	99
„ „ „ 1878	448265	31,7	4,4	24,6	0,2	1,7	2,9	5,8	1,9	1,1	3,9	—	4,4	31,4	27,3	10,5	5,7	25,5	11,0	99
„ „ „ 1877	440106	32,3	4,5	24,9	0,1	2,9	5,0	5,9	2,7	1,4	6,2	—	5,9	33,3	26,6	10,2	9,1	22,4	10,3	99



Basel. Die neue Irrenanstalt. Der Grosse Rath hat in seiner Sitzung vom 23. April 1883 mit Einstimmigkeit beschlossen, den Regierungsrath zu beauftragen, nach den vorliegenden Plänen den Neubau der Irrenanstalt auszuführen. Im Jahre 1861 schon hatte Prof. *Brenner*, der damalige Director unserer Irrenanstalt, im Grossen Rath einen Antrag gestellt, einen Neubau auszuführen, dieser Antrag wurde 1865 durch einen Anzug von Dr. *Ecklin* von Neuem in Erinnerung gerufen, besonders aber 1874 durch eine sehr detaillirte Arbeit von Dr. *Fritz Müller*. Seither blieb dieser Antrag immer auf den Tractanden des Grossen Rathes, aber es ist ganz wesentlich das Verdienst von Regierungsrath *W. Klein*, mit der ihm eigenen Energie denselben der endlichen Verwirklichung entgegengeführt zu haben.

Die neue Anstalt nun erhält auf jeder Seite der in die Mitte derselben zu stehen kommenden Verwaltungs- und Wirthschaftsgebäude je 5 Pavillons (5 für männliche, 5 für weibliche Kranke) und zwar je ein Pavillon mit 27 Betten für Ruhige, je einer mit 27 Betten für Schwachsinnige, je einer mit 22 Betten für Unruhige, je einer mit 16 Betten für acute Kranke, je einer mit 15 Betten für Pensionäre, somit 10 Pavillons mit 214 Betten für die ganze Anstalt, deren Gesammtkosten Fr. 1,600,000 betragen werden. An diese Kosten gibt der Spital erstens das hiezu nöthige Land (im Werth von Fr. 70,000), ferner einen Baarbeitrag von Fr. 300,000. Sodann hat Frau Wittwe Merian-Burckhardt die grossartige Schenkung von Fr. 400,000 gespendet, endlich ist das Wimmer'sche Legat, das sich bis 1885 mit den Zinsen auf Fr. 24,000 beläuft, ebenfalls für diesen Zweck bestimmt. Die Gesammtbeträge dieser Schenkungen erreichen also die Summe von Fr. 794,000; dem Staat bleibt noch ein Beitrag von Fr. 806,000.

Ausland.

Deutschland. Hygieinische Ausstellung in Berlin. Wie uns aus Berlin geschrieben wird, kann die hygieinische Ausstellung erst am 10. oder 12. Mai eröffnet werden, was diejenigen Collegen interessiren wird, die dieselbe in den ersten Tagen Mai schon besuchen wollten.

Holland. Der internationale Congress der Aerzte der Colonieen findet, in Verbindung mit einer sachbezüglichen ärztlichen Ausstellung, vom 6.—8. September 1883 in Amsterdam statt. Präsident des Organisationsausschusses ist Prof. Dr. *B. J. Stokvis*, Generalsecretär, an den alle Anfragen zu richten sind, Dr. *F. J. van Leent*, beide in Amsterdam. Als Discussionsthemata sind bezeichnet: die Quarantänen; die specielle Ausbildung der Aerzte der Colonieen; Hygieine der gesundheitsschädlichen Berufsarten, Culturen und Handwerke in den Colonieen; die Abweichungen, welche gewisse Krankheiten, insbesondere die Infectionskrankheiten, durch den Einfluss der tropischen Climate erleiden; die Phthisis in den Colonieen und dem Tropenclima; die Behandlung der exotischen und tropischen Krankheiten in den Gegenden mit gemässigtem Clima. Es ist reichlich für Referenten gesorgt und der Zutritt allen Aerzten gestattet.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. April 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Rötheln, Masern und Varicellen sind vereinzelte Fälle angemeldet.

Scharlach 13 Erkrankungen (21, 7, 16), wovon 5 auf dem Südostplateau.

Typhus 2 vereinzelte Fälle (7, 7, 2).

Diphtherie 5 zerstreute Fälle (10, 7, 13), darunter 1 von auswärts importirter.

Erysipelas 5 Erkrankungen (7).

Pertussis 19 Anzeigen, sämmtlich aus Grossbasel (22, 13, 21), die meisten vom Südostplateau.

Icterus 1 Anzeige, ein Kind betreffend.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Salvador Badia* in Barcelona: Besten Dank für die Zusendung. — Herrn Dr. *Beck* in Bern: Ihre Anfrage haben wir dem Comité übermittelt.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

Hierzu als Beilage: Bad und Kuranstalt Weissenburg.



CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 10. XIII. Jahrg. 1883. 15. Mai.

Zum 26. Mai.

Schon ist ein Jahr verstrichen, seit wir in Zürich zum letzten Male unsere Versammlung abgehalten, und seit wir mit dem Rufe „Auf Wiedersehen in Basel" auseinander gegangen sind.

Heute ladet zum zweiten Male die alte Universitätsstadt am Rheine alle Schweizer Collegen von Stadt und Land, die Lehrer unserer Hochschulen und die Männer der Praxis, auf das herzlichste ein, für einige Stunden die gewohnten Kreise der Arbeit zu verlassen, um theilzunehmen an der Besprechung wissenschaftlicher und socialer Fragen, aber auch um in ungetrübtem Frohsinn die edlen Freuden der Geselligkeit zu geniessen.

Nach der Niederlage, die das souveräne Volk im verflossenen Jahre der langjährigen Arbeit bereitet hat, welche wir nur für sein Wohl und seine Gesundheit an die Hand genommen hatten, fühlen wir heute doppelt das Bedürfniss des „serrez les rangs!", und dazu ruft uns eindringlich der 26. Mai. — Die Hülfscasse für Schweizerärzte, die nach langen Präliminarien endlich einer greifbaren Gestalt entgegengereift ist, soll neben dem practischen Endzweck, dem durch unverschuldetes Unglück verfolgten Collegen die rettende Hand entgegenzustrecken, nicht minder das ideale Ziel verfolgen, die Gefühle der solidarischen Zusammengehörigkeit aller Schweizerärzte zu kräftigen und so ein festes Band zu werden, das uns Alle zusammenhält.

Wenn auch das letzte Wort über diese Hülfscasse nicht in Basel wird gesprochen werden, da ein Gegenstand von solcher Tragweite erst durch die Discussion der cantonalen medicinischen Gesellschaften consolidirt werden muss, so wird doch an der Basler Zusammenkunft jedenfalls durch Festsetzung der Grundsätze das feste Gerippe herauswachsen, um welches sich die kräftige, lebensfähige und lebensfreudige Gestalt des Ganzen bilden kann. Vergesse Keiner, dass es sich hier nicht um „Aut Cæsar, aut nihil" handelt, wohl aber um: „unitas in necessariis, libertas in dubiis: charitas autem in omnibus!"





Der Weg zum Feste ist freilich für viele Collegen diesmal weiter als sonst; aber wir in Basel hoffen nichtsdestoweniger doch, dass die um ein paar Kilometer verlängerte Eisenbahnfahrt so wenig ein Abhaltungsgrund für unsere Schweizercollegen sein wird, als sie für uns Basler je einer war, wenn es galt, die Zusammenkünfte in Bern und Zürich zu besuchen.

So hoffen wir denn auf eine recht zahlreiche Betheiligung von Nah und Fern und rufen von Herzen:

„Auf Wiedersehen in Basel!“

Original-Arbeiten.

Zur Otitis labyrinthica infantum Voltolinii.

Von **Gustav Brunner** in Zürich. [1])

Unter dem Titel „Die acute Entzündung des häutigen Ohrlabyrinthes, gewöhnlich irrthümlich für Meningitis gehalten“, beschrieb *Voltolini* 1867 in d. Monatsschr. f. Ohr. pag. 9 eine neue Krankheit, die fast ausschliesslich Kinder (und zwar gewöhnlich unter 6 Jahren) befalle unter folgenden Erscheinungen: die Kinder erkranken plötzlich mit Fieber, heissem Kopf, gewöhnlich mit Erbrechen, sie sind sehr unruhig, werfen sich hin und her, deliriren oft, doch ist das Bewusstsein in vielen Fällen ungestört; am 2.—4. Tage der Krankheit geht die Excitation meist in einen comatösen Zustand über, aus dem die Patienten nach weiteren 2—4 Tagen mit vollem Bewusstsein erwachen und sich rasch erholen. Die ganze Krankheit hat dann im Mittel 7—10 Tage, manchmal auch nur 5 Tage gedauert, sie hinterlässt stets beidseitige complete Taubheit und taumelnden Gang (aus Schwindel), der sich nach und nach verliert, während die Taubheit bleibt. Abgesehen von der letztern sind alle übrigen Functionen nachher vollkommen intact und nicht die mindeste Innervationsstörung zu bemerken.

Ueber die Natur dieser räthselhaften Krankheit hat sich seither ein langer Streit erhoben, der aus Mangel an Obductionen zur Stunde noch nicht entschieden ist. Die Verständigung wurde zudem erschwert durch die gleichzeitig in Deutsch-

[1]) Vorliegenden Aufsatz hatte ich schon vor einem Jahre geschrieben und für eine Fachschrift bestimmt; es wurde mir aber die Aufnahme in unsere beiden Hauptblätter, sowohl in das Archiv als in die Zeitschrift für Ohrenheilkunde verweigert, blos wegen abweichender Ansichten der Redactoren, worauf ich die Sache eine Zeit lang ruhen liess. Seither nun hat *Voltolini* seinen Standpunct in einer Monographie ausführlich vertheidigt (die acute Entzündung des häutigen Labyrinthes etc., Breslau, 1882), allerdings ohne pathologisch-anatomische Belege beibringen zu können, auch sind 2 ausführliche Sectionsberichte von *Lucæ* und *Politzer* erschienen, von denen der erstere (Ueber Hæmorrhagie und hæmorrhagische Entzündung des kindlichen Ohrlabyrinths, *Virch.* Arch. LXXXVIII, 556) unsere Frage nicht direct berührt, da es sich um Meningitis handelte, und auch die intra vitam beobachteten Symptome (Nackenstarre, Strabismus etc.) von dem Symptomenbild des Morbus Voltolinii abweichen. Auf den Fall von *Politzer* werde ich am Schlusse meiner Arbeit zurückkommen.

Anmerkung der Redaction. Wir nehmen kein Bedenken, obige Arbeit, der also die beiden bedeutendsten ohrenärztlichen Specialzeitschriften die Aufnahme verweigerten, im Corresp.-Bl. abzudrucken, indem wir uns nicht für so unfehlbar halten, dass wir nur die Arbeiten aufnehmen, mit deren Schlussfolgerungen wir selbst einverstanden sind. Aus der Divergenz der Ansichten entwickelt sich schliesslich doch die Wahrheit, und wenn wir auch an den Morbus Voltolinii im Sinne *Brunner*'s vorläufig — bis die beweisenden Sectionen vorliegen — nicht glauben, so war das für uns kein Grund, eine solche Arbeit zu refüsiren. — Redaction.



land herrschenden Epidemien von Meningitis cerebrospinalis, die ebenfalls manche unheilbare Taubheit im Gefolge hatten und unter deren Eindrucke die grosse Mehrzahl der Fachgenossen sich der Ansicht zuwandte, dass die *Voltolini*'sche Krankheit unter die leichteren Formen von Meningitis, speciell von Meningitis cerebrospinalis epidem. einzureihen sei.[1]) So *Gottstein*,[2]) *Hartmann*,[3]) *Urbantschitsch*,[4]) *Politzer* und Andere, vor Allem aber *Moos* in seiner Monographie: Ueber die Mening. cerebrospin. epid. und die nach derselben zurückbleibenden Gehörs- und Gleichgewichtsstörungen, 1881.

Um über das Fehlen von unzweifelhaften meningitischen Symptomen bei *Voltolini*'s Kranken hinweg zu kommen, haben seine Gegner die abortiven Formen des Genickkrampfes zu Hülfe genommen. So sagt *Moos* a. a. O. pag. 6 und 7: „Es handelt sich hier (bei der abortiven Form) um Kranke auf der Höhe der Epidemie, die nur über Kopfweh, Steifigkeit im Nacken, Abgeschlagenheit klagen und nur im Rahmen der Epidemie als rudimentäre Formen verständlich sind. Solche Fälle sind ohne Rücksichtnahme auf die Epidemie sehr verführerisch zur Diagnose selbstständiger Labyrinthkrankheiten. — Einen solchen unglücklichen diagnostischen Versuch hat *Voltolini* bereits vor 12 Jahren gemacht u. s. w.“ Man beachte indessen, dass auch dieses abortive Symptomenbild mit dem von *Voltolini* und mir beobachteten nicht übereinstimmt.

Obwohl ich so wenig wie *Voltolini* den anatomischen Nachweis erbringen kann, da die fragliche Krankheit nie tödtlich ist und nur Kinder trifft, möchte ich nach dem, was ich gesehen habe, doch an der — gegenwärtig fast verpönten — Ansicht festhalten, dass das von *Voltolini* (und *Reichel*) beschriebene Krankheitsbild einen Morbus sui generis darstelle, den man keinesfalls mit den nach Meningitis — sei es nun die epidemische oder nicht epidemische Form[5]) — zurückbleibenden Formen von Taubheit zusammenwerfen dürfe.

Ich bin hiebei in der vortheilhaften Lage, für alle meine Beobachtungen den epidemischen Genickkrampf vollständig ausschliessen zu können, da im Canton Zürich, woher alle meine Fälle stammen, seit 20 und mehr Jahren keine epidemische Cerebrospinalmeningitis geherrscht hat.

Es steht dies sowohl nach den amtlichen Berichten, als nach sorgfältigen Erkundigungen, die ich eingezogen habe, ausser allem Zweifel, und doch ist mir fast jedes Jahr der eine oder andere kleine Patient zugeführt worden, im Ganzen mindestens ein Dutzend, die ohne eigentliche meningitische Erscheinungen unter den

---

[1]) Es kann allerdings *Voltolini* der Vorwurf gemacht werden, dass er, ohne den anatomischen Nachweis leisten zu können, seine Diagnose mit allzu grosser, herausfordernder Sicherheit gestellt hat; immerhin hat er die geringschätzige Abfertigung, die ihm von Seite seiner Collegen zu Theil wurde, nicht verdient, und ich glaube, dass ihm die Zukunft in der Hauptsache Recht geben wird.

[2]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde IX, pag. 37.

[3]) Krankheiten des Ohres pag. 176.

[4]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde pag. 508.

[5]) Fälle, wo Taubheit bei Kindern auf — nicht epidemische — meningitische Processe zurückgeführt werden musste, habe ich auch gesehen, das Krankheitsbild war aber hier ein anderes als bei den in Rede stehenden Beobachtungen.

von *Voltolini* beschriebenen Symptomen in 8 — 10 Tagen vollkommen ertaubt waren.[1])

Alle waren Kinder unter 6 Jahren (die Meisten 4—5 Jahre alt); bei Allen trat nach Aussage der Eltern die Krankheit inmitten der Gesundheit plötzlich auf mit Fieber, heissem Kopf, mit grosser Unruhe und meist Bewusstlosigkeit, die gewöhnlich nach ein paar Tagen in einen mehr comatösen Zustand überging. In der Mitte oder gegen das Ende der zweiten Woche liess das Fieber und die übrigen Erscheinungen nach, es trat eine rasche Reconvalescenz ein und die Kinder erholten sich in wenigen Tagen; leider blieb in allen Fällen eine complete unheilbare Taubheit und ein auffallend taumelnder Gang zurück, der sich nur langsam — nach Monaten — mehr oder weniger vollständig verlor.

Die Krankheit war von dem behandelnden Arzte einmal als von Wurmreiz herrührend, in den meisten Fällen aber als Hirnentzündung oder doch als Anfang von Hirnentzündung bezeichnet worden.

Wenn ich auch zugebe, dass ein nicht selbst beobachtetes Krankheitsbild, zumal wenn schon Monate seither verflossen sind, nicht auf den wünschenswerthen Grad von Genauigkeit Anspruch machen kann, so lauteten auf der andern Seite die Berichte der Eltern sehr übereinstimmend, namentlich ergab die Befragung, dass ausgesprochene Nackenstarre, Zuckungen im Gesicht oder an den Gliedmassen, überhaupt clonische oder tonische Krämpfe ebenso wenig vorhanden waren als Lähmungen und es sind dies Symptome, die von den geängstigten Eltern nicht so leicht übersehen oder vergessen werden.

Auch kann ich mich darauf berufen, dass ich selbst (nach Ablauf der Krankheit), abgesehen von der completen Taubheit (mit negativem Trommelfellbefund) und dem oft noch schwerfälligen Gange keinerlei Störungen weder in der motorischen noch sensiblen oder intellectuellen Sphäre constatiren konnte. Strabismus z. B. war ebenso wenig vorhanden als Idiotismus oder Paresen.

Den folgenden Fall, der etwas zweifelhafter erscheint, will ich dem Urtheil des Lesers überlassen.

Josef Stadler, ca. 6 Jahre alt, von Romanshorn, wurde mir am 8. Februar 1882 zugeführt wegen completer beidseitiger Taubheit seit Jahresfrist. Trommelfellbefund negativ. Ueber die Anamnese erhielt ich vom Hausarzte folgende Auskunft: „Josef Stadler war vom 27. Januar bis 5. Februar in meiner Behandlung. Ich erinnere mich aller Einzelheiten nicht mehr so genau, aber jedenfalls ist sicher, dass das Kind die bekannten Symptome einer Meningitis simpl. *(Gerhardt)* bot. Dasselbe war höchst eigensinnig, schrie viel, war unruhig, schlaflos, fieberte, Temperatur zwischen 39 und 40°; Puls zwischen 140 und 150, regelmässig. Das Kind hatte ausgesprochene Convulsionen, namentlich der oberen Extremitäten, die Augen wurden verdreht, der Kopf zurückgebeugt etc. Daneben Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung, Unterleib nicht eingezogen.

Mumps war nicht vorhanden. Ausser Taubheit wurde kein Folgezustand bemerkt."

In Anbetracht der kurzen Krankheitsdauer und der mit Ausnahme completer Taubheit vollständigen Genesung möchte ich auch diesen Fall eher dem Morbus Voltolinii als

[1]) Wollte man dennoch die epidemische Cerebrospinalmeningitis, angesichts der in Süddeutschland vorgekommenen Fälle, auch meinen Beobachtungen zu Grunde legen, so müsste man zu der höchst unwahrscheinlichen Annahme Zuflucht nehmen, dass kein einziger ausgesprochener Fall der Krankheit, sondern stets nur abortive Formen und zwar fast Jahr um Jahr die Grenze überschritten hätten.



der Meningitis zuzählen, doch habe ich ihn, als weniger sicher, ausgeschieden, um so mehr, als ich über allfälliges Vorkommen von epidemischem Genickkrampf in jener Gegend nicht so sicher unterrichtet bin, wie bezüglich der andern aus dem Canton Zürich stammenden Fälle.

Die Uebereinstimmung meiner Fälle mit dem von *Voltolini* gezeichneten Krankheitsbild ist nicht zu verkennen, und ich verweise zur Vervollständigung des letztern auf die bezügliche Literatur, namentlich auf einen von *Reichel* am Augusten-Kinderspital in Breslau von Anfang an beobachteten und genau beschriebenen Fall bei einem 2½jährigen Knaben.[1]) Auch *O. Wolf*[2]) hat s. Z. unter der Bezeichnung acut entzündliche Labyrintherkrankung einen interessanten Krankheitsfall bei einem 5jährigen Mädchen beschrieben, das mit Fieber, Kopfschmerz, Erbrechen, intensiven subjectiven Klangempfindungen erkrankte und schon am 3. Tage lautes Rufen nicht mehr verstand. Dabei war das Kind bei vollem Bewusstsein, zeigte weder Nackenstarre noch Strabismus, überhaupt keinerlei meningitische Symptome. Am 4. Tage war es fieberfrei und erholte sich rasch, nur complete Taubheit und längere Zeit anhaltender schwankender Gang blieben zurück. *Wolf* benützte damals diesen Fall zu einer differentiellen Diagnostik zwischen „der acut entzündlichen Labyrintherkrankung, welche zumeist das Kindesalter betrifft und häufig mit Meningitis verwechselt worden ist" und der Mening. cerebrospin. epid. Hat er seither seine Ansicht geändert und den erwähnten Fall vielleicht auch unter die abortiven Formen des epidemischen Genickkrampfes verwiesen?

Wird man nun meine Beobachtungen, bei denen die Mening. cerebrospin. epid. von vornherein ausgeschlossen ist, trotz des constanten Fehlens aller charakteristischen meningitischen Symptome, trotz der kurzen Krankheitsdauer etc. dennoch unter die Meningitis einreihen können, ohne den Thatsachen Gewalt anzuthun? Ich glaube nicht; ebenso wenig wüsste ich sie bei einer andern bekannten Krankheit unterzubringen und es scheint mir nichts Anderes übrig zu bleiben, als den Morbus Voltolinii für eine Krankheit sui generis anzuerkennen.

Eher als an Meningitis könnte man vielleicht an Mumps denken, der ja auch in Zeit von wenig Tagen unter ähnlichen Symptomen zu completer Taubheit führen kann[3]) (meist, wie es scheint, zu einseitiger, aber auch zu beidseitiger); doch ist Mumps in meinen Fällen ebenso wenig beobachtet worden, als in denen von *Voltolini* und *Reichel*.

Die Taubheit nach Mumps bietet auch für unsern Gegenstand ein grosses Interesse und manche Analogie. Auch sie wird am wahrscheinlichsten in's Labyrinth verlegt, ohne dass wir mit Ausnahme eines älteren Sectionsbefundes von *Toynbee* (er spricht von Desorganisation des Nervenapparates im Labyrinth mit dunkel gefärbter Flüssigkeit in Vorhof und Schnecke) den anatomischen Beweis hiefür antreten könnten.

Ich erlaube mir aus meinem citirten Aufsatz über Mumps (Z. f. Ohr. XI, 231) eine bezügliche Stelle anzuführen:

Die nervose Taubheit nach Mumps hat, wie man sieht, manche Aehnlichkeit mit dem Morbus Voltolinii einer- und den *Ménière*'schen Attaquen anderseits, sie steht aber dem ersteren näher als den letzteren. Schwindel, taumelnder Gang, subjective Schallempfin-

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1870, Nr. 24 und 25.
[2]) Archiv f. Augen- und Ohrenheilk. Bd IV, I., pag. 133.
[3]) Vgl. Zeitschr. f. Ohrenh. XI, 229 und 51; sowie dieses Corr.-Bl. 1882, pag. 641.



dungen sind allen dreien gemeinsam. Von dem Morb. Voltol. unterscheidet sie sich durch das geringere oder mangelnde Fieber, die geringere Störung des Allgemeinbefindens, die mangelnde psychische Excitation (resp. Coma), sowie dadurch, dass die Taubheit beim Mumps gewöhnlich einseitig, beim Morb. Voltol. aber stets beiderseitig ist, auch scheint der letztere nur bei Kindern vorzukommen. Die Unterschiede sind, wie man sieht, mehr quantitativer als qualitativer Natur, wobei zudem noch der Einfluss des Alters zu berücksichtigen ist.

Man wird deshalb beim Morb. Voltol. die Möglichkeit einer gleichzeitigen Parotitis epidem. stets auszuschliessen haben.

Handelt es sich vielleicht bei beiden Krankheiten um verwandte pathologische Zustände, vielleicht um eine infectiöse Labyrinthitis mit rapider seröser Exsudation? Wenn man ferner beim Morb. *Ménière* vorzugsweise an Hæmorrhagia labyrinthi denkt, so wäre das Gemeinsame in allen drei Fällen in dem rasch sich steigernden Labyrinthdruck zu suchen.

Auch Pneumonie, als deren hier in Betracht kommende Complicationen namentlich Otitis media purulenta und Meningitis zu nennen wären, war in keinem meiner Fälle vorhanden; zudem kann von eitriger Mittelohrentzündung als Ursache des Morb. Voltol. theils wegen der ohne Ausnahme completen Taubheit, sowie wegen des negativen Trommelfellbefundes, des constanten Fehlens von Otorrhœ und der kurzen Krankheitsdauer keine Rede sein und für Meningitis würden, wie bemerkt, die Symptome nicht stimmen.

Ob der Sitz der Krankheit im Labyrinth zu suchen sei, wie *Voltolini* meint und ich ebenfalls für das Wahrscheinlichste halte, oder aber mehr centralwärts, das wird, so lange der anatomische Nachweis nicht erbracht ist, als offene Frage zu betrachten sein. Den Namen Morbus *Voltolinii* möchte ich gerade deshalb vorschlagen, weil eine sichere anatomische Definition des Leidens noch nicht gegeben werden kann, nicht um damit die *Voltolini*'sche Erklärung als unzweifelhaft anzuerkennen.

Für den Sitz im Labyrinth könnte neben dem constanten Fehlen anderer nicht vom Ohr herzuleitender nervöser Symptome vielleicht der Umstand sprechen, dass nach *Voltolini* die kleinen Patienten in einigen Fällen über Stechen in den Ohren klagten, ebenso heisst es in der Beobachtung von *Reichel*: Als das Kind nachher an die frische Luft kam, hielt es sich beide Hände vor die Ohren und verlangte wieder nach dem warmen Zimmer. Ob Aehnliches in meinen Fällen vorhanden war, kann ich nicht sagen, notirt habe ich das Symptom nicht.

Jedenfalls wird man bei jeder Erklärung folgende Puncte zu berücksichtigen haben:

1) Die Krankheit scheint nur bei Kindern und zwar vorzugsweise unter 6 Jahren aufzutreten,

2) sie führt nie zu Ohrenfluss, oder überhaupt zu eitriger Mittelohrentzündung (es ist deshalb sowie aus andern Gründen, z. B. der kurzen Krankheitsdauer, nicht wahrscheinlich, dass die eventuelle Entzündung im Labyrinth eine eitrige sei),

3) sie zeigt eine grosse Constanz der Symptome und einen regelmässigen cyclischen Verlauf mit einer Dauer von $1^1/_2$ bis höchstens 2 Wochen,

4) die Taubheit ist ohne Ausnahme beidseitig und complet. Will man daher den Sitz der Krankheit nicht central, sondern mit *Voltolini* im



Labyrinth suchen, so **muss man an eine Krankheitsursache denken, die stets auf beide Labyrinthe gleichzeitig wirkt**, sei es nun, dass von aussen her ein Krankheitserreger in den Körper gelangt, der für das Labyrinth eine Prädilection besitzt, oder dass wir in anderer Weise den Zusammenhang des Labyrinthes mit den Lymphräumen und dem liq. cerebrospinalis zur Erklärung herbeiziehen, oder aber indem wir auf neuropathologische Vorgänge abstellen, hiebei namentlich der interessanten Experimente *Berthold*'s [1]) in Königsberg über den trophischen Einfluss des Trigeminus und seiner Wurzeln auf's Ohr gedenkend.

Das Alles sind einstweilen blosse Vermuthungen, so viel scheint mir aber festzustehen, dass man die in Rede stehende Krankheit nicht ohne Weiteres als eine Folge meningitischer Processe betrachten darf.

Nachtrag. In seinem neuen Lehrbuche der Ohrenheilkunde (pag. 809) hat *Politzer* einen für unser Thema sehr wichtigen Fall mitgetheilt und auf Grund desselben seine frühere, gegen *Voltolini* durchaus ablehnende Ansicht dahin geändert, dass er nun findet, es sei doch das Vorkommen einer primären Labyrinthentzündung bei Kindern mit dem von *Voltolini* geschilderten Symptomencomplexe nicht ganz von der Hand zu weisen.

Der Fall betrifft einen in der Wiener Taubstummenanstalt an Peritonitis verstorbenen 13jährigen Knaben, der im Alter von 2½ Jahren während einer 14tägigen fieberhaften Erkrankung taub wurde. Die hervorragendsten Symptome während der Krankheit waren: grosse Unruhe, wiederholte eclamptische Anfälle und beidseitiger Ausfluss aus den Ohren, mit 14 Tagen konnte er das Bett verlassen und zeigte keinen taumelnden Gang, war und blieb aber vollkommen taub. Die Section erwies beide Paukenhöhlen sammt Trommelfell normal, Hammer und Ambos beweglich, dagegen beide Labyrinthe durch neugebildete Knochenmasse (verknöchernde Bindegewebswucherung) vollkommen ausgefüllt, verödet; auch das runde Fenster war durch Knochenmasse ausgefüllt, ebenso der Fusstritt des Steigbügels knöchern ankylosirt; dagegen beide Acustici vollkommen intact.

Leider ist über den Befund am Hirn und seinen Hüllen nichts bemerkt, wenn man aber aus dem völlig normalen Zustand beider Acustici (bis zum Eintritte in's Labyrinth vollständig geordnete, markhaltige, unverfettete Nervenbündel) eine Neuritis descendens ausschliessen darf, so gewinnt der Fall als Beispiel einer primären [2]) Entzündung beider Labyrinthe im kindlichen Alter mit nachfolgender Verödung derselben unter Symptomen, die denen des Morb. Voltol. sehr ähnlich sind, ein hohes Interesse; dass es sich hier um eitrige Labyrinthentzündung mit nachfolgendem Ohrenfluss gehandelt hat, der in *Voltolini*'s und meinen Fällen nie beobachtet wurde, ist eine Differenz von mehr untergeordneter Natur, auffallend erscheint, dass die Eltern von taumelndem Gang nach der Krankheit nichts bemerkt haben.

Auf einen neuen, dem kindlichen Alter eigenthümlichen Weg der Uebertragung von Krankheiten sowohl der Schädel- als

[1]) Zeitschr. f. Ohrenh. X, 184.

[2]) Vergleiche hiezu die nachfolgende Notiz von *Lucae*.



der Paukenhöhle auf das Labyrinth hat *Lucæ* in der Epicrise zu dem Eingangs erwähnten Sectionsbefunde aufmerksam gemacht. Beim Neugeborenen ist nämlich das die Bogengänge umgebende Knochengewebe noch so spärlich entwickelt, dass die ersteren, namentlich der obere und hintere am Felsenbein fast vollständig frei liegen. Zwischen die Schenkel des oberen Bogenganges nun geht in den Knochen hinein eine trichterförmige Oeffnung (Fossa subarcuata. *Tröltsch*) und in diese ein starker Fortsatz der Dura mater (beiläufig von der Dicke des n. acust.), welcher eine ansehnliche Arterie und Vene (a. subarcuata) von der a. meningea media enthält. Diesem mächtigen Gefässstrang schreibt *Lucæ* eine wichtige, vielleicht die bedeutsamste Rolle für die Ernährung des kindlichen Labyrinths, sowie für die Ernährung und das Wachsthum der umhüllenden, an Mächtigkeit allmälig zunehmenden Knochensubstanz zu und da die grossen Markräume der letzteren oft ganz nahe an das Lumen der Canäle hinanreichen, so entspringt daraus bei entzündlichen Zuständen an der Dura eine grosse Gefahr für das kindliche Labyrinth.

Lucæ fand in dem erwähnten Falle von hæmorrhagischer Entzündung des Labyrinths besagte Markräume neben rothen Markzellen mit Blut- und Eiterzellen erfüllt (Osteomyelitis) und nimmt an, dass von hier aus durch anastomosirende Gefässe die Entzündung auf die Bogengänge und das Labyrinth übergriff.

In einem zweiten Falle, wo die Labyrinthe eines 7 Monate alten, an Brechdurchfall verstorbenen Kindes hochgradige Hyperæmie mit zerstreuten Hæmorrhagien zeigten bei vollkommen normalem Befund am Hirn und Meningen, dagegen beidseitiger acuter eitriger Mittelohrentzündung, glaubt *Lucæ*, dass die Entzündung aus der Pauke durch die Fissura petrosquamosa auf die Dura und von dieser durch die erwähnte a. subarcuata auf den Knochen und das Labyrinth fortgewandert sei.

Ich brauche wohl nicht zu sagen, wie wünschenswerth es wäre, wenn beim Tode von Taubstummen, namentlich solcher, die mit den Symptomen des Morb. Voltol. ertaubt sind, die Necroscopie des Hirns und der Felsenbeine nicht versäumt würde. Nur so, unter Mitwirkung aller Collegen, namentlich der Taubstummenärzte, wird es möglich sein, in dieses ebenso interessante als dunkle Gebiet die nöthige Klarheit und Sicherheit zu bringen.

Ueber Ingwerbier.

Von Dr. **F. Schaffer**, amtl. Chemiker in Bern.

In mehreren Schweizerstädten haben sich in neuerer Zeit Mässigkeitsvereine gebildet, die sich u. A. zur Aufgabe machen, zur Bekämpfung des Alcoholgenusses alcoholfreie Getränke einzuführen, von welchen namentlich das „Ingwerbier“ seiner erfrischenden Wirkung wegen besonders hervorgehoben wird. Ich war nun letzter Tage im Falle, das in B. zum Verkauf gelangende Ingwerbier chemisch untersuchen zu müssen und theile Ihnen nachstehend die Ergebnisse dieser Untersuchung mit.



Das Getränk, das hier in Flaschen gekauft wurde, enthielt

Extract (Trockensubstanz)	10,88 %	
Zucker	9,61 „	
Kohlensäure	0,158 „	
Sonstige Säuren	0,249 „	(als Citronsäure berechnet).

Dem beträchtlichen Kohlensäuregehalte muss denn auch die erfrischende Wirkung dieses Getränkes zugeschrieben werden. Auffallend war jedoch die starke, fast milchige Trübung, die auch in den ganz frischen Mustern stets wahrgenommen wurde und mich veranlasste, das Getränk microscopisch zu untersuchen. Das microscopische Bild zeigte nun deutlich, dass diese Trübung rein nur von Hefezellen herrührte, die in der Flüssigkeit suspendirt und grösstentheils in frischer Sprossung begriffen waren.

Aus diesem Grunde kann ein solches Getränk der Gesundheit der Consumenten ebenso wenig zuträglich sein, als ein zu junges Bier (Gerstenbier), das gewöhnlich bei Weitem nicht die hier constatirte Menge junger, sprossender Hefe enthält.

Prof. *B. Naunyn* sagt in seiner neulich erschienenen Arbeit über Magengährungen [1]) u. A.: „Auch die Thatsachen sind nicht so selten, welche zeigen, dass eine bis dahin gesunde Magenverdauung den schädlichen Wirkungen eingeführter Gährungserreger unterliegt: Jeder kennt die bei manchen Menschen ganz überraschend sicher schädliche Wirkung der geringsten Mengen in Nachgährung begriffenen Bieres.“ Während alte Hefe durch den Einfluss des Magensaftes ihre Lebensfähigkeit verliert, bewirkt junge Hefe Nachgährungen im Magen und Darm. Und dies muss bei dem untersuchten „Ingwerbier“ um so mehr der Fall sein, da die Hefe in dem hohen Zuckergehalte des Getränkes sehr günstige Nahrung findet.

Es lag denn auch nahe, sich zu fragen, ob das betreffende Ingwerbier schon in Folge dieses Hefegehaltes nicht auch Alcohol enthalte. Daher wurde ein Quantum des frischen Getränkes mit Tannin versetzt und abdestillirt. Das Destillat gab deutlich die Alcoholreaction (Jodoformprobe und Aldehydreaction mittelst Kalibichromat und Schwefelsäure). Die genaue quantitative Bestimmung ergab zwar blos einen Gehalt von 0,6 Vol. Proc. Alcohol. Eine zum Theil entleerte Flasche wurde nun — mit dem Korkzapfen verschlossen — im Laboratorium aufbewahrt, und nach 1½ Tagen enthielt das Getränk schon 1,54 Procent Alcohol.

Es ist sehr unwahrscheinlich, dass die bedeutende Quantität Hefe, welche ich in allen mir in die Hände gekommenen Mustern nachweisen konnte, blos durch Zufall in das Getränk hineingerathen sei. Daher müsste ein Hefezusatz stattgefunden haben, der hier entschieden als verwerflich erscheint. Auch wird man kaum im Stande sein, ein zuckerhaltiges Getränk mit so viel junger Hefe wirklich „alcoholfrei“ zu erhalten.

[1]) Archiv für klinische Medicin, 1882.



Vereinsberichte.

Ordentliche Winterversammlung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Bern.

Samstag, den 16. December 1882, im Casino in Bern.[1])
Präsident: Prof. Dr. *Kocher*, Secretär: Prof. Dr. *Pflüger*.
Anwesend 55 Mitglieder.

Auf das letzte Semester zurückblickend erinnert das Präsidium an die Aufträge, welche der Verein dem Comité betreffs der Abstimmung über das Epidemiengesetz ertheilt hat. Vom Volke verkannt lässt der ärztliche Stand sich nicht entmuthigen, auch künftighin für das Volkswohl in die Schranken zu treten.

Kocher gedenkt ferner der durch den Tod aus der Gesellschaft geschiedenen Collegen und Freunde, der Herren *Fetscherin* in Zäziwyl, *Gohl* in Aarberg, *Henzi* in Bern, *Schærer* in Neuenstadt, *Uhlmann* in Münchenbuchsee und des Herrn Prof. *Hartmann* in Bern.

Nachdem noch die der Vereinsbibliothek zugegangenen Schriften erwähnt und vorgelegt waren, wird an die Mitglieder die Ermahnung gerichtet, die in letzter Zeit etwas vernachlässigte Bibliothek mit Schenkungen künftig wieder etwas mehr zu bedenken.

Prof. *Müller* referirt über 19 Fälle von Castration, die auf der hiesigen gynæcologischen Klinik ausgeführt wurden. Von den Operirten erlag nur Eine. Der Vortragende bespricht auf Grund der hiebei gemachten Erfahrungen die Indication zu dieser Operation und findet dieselbe besonders bei Fibromyomen, cystoider Entartung und chronischer Entzündung der Ovarien und ihren Folgen angezeigt; ferner erörtert er die Methode der Ausführung der Operation, welche er als wesentliche Bereicherung der gynæcologischen Therapie erklärt.

Dr. *Girard* frägt, ob es nothwendig sei, den Uterus während der Operation mit der Sonde gegen die Bauchdecken zu pressen; es scheine ihm zweckmässig, vom Mastdarm aus mittelst Auftreibung desselben durch eine mit warmem Wasser gefüllte Blase, den Uterus gegen die Bauchwandung zu treiben.

Prof. *Müller* hat dieses Verfahren von der Vagina aus probirt, ist aber zur Ueberzeugung gelangt, dass die Hand, in die Vagina eingeführt, bessere Stütze und bessere Orientirung bietet.

Dr. *Girard* hält einen Vortrag über innern Stricturschnitt, der in extenso erscheinen wird.

Prof. *Kocher* spricht über Arthrotomie; er gibt eine Uebersicht der Fälle von Gelenkleiden, wo bis jetzt die Eröffnung der Gelenke unter antiseptischen Cautelen gemacht ist und theilt seine eigene einschlägige Casuistik mit. Er unterscheidet die Fälle, wo ein einfacher Schnitt mit oder ohne folgende Drainirung ausgeführt wird, als eine erste Categorie von dem schon viel eingreifenderen Verfahren, wo breite Eröffnung stattfindet. Jene bezieht sich auf Gelenkmäuse und

[1]) Erhalten 27. April 1883.



Gelenkhydrops, diese auf die ganze Gruppe des dérangement interne mit Affection des Knorpel, Kapsel, Menisken.

Den eigentlichen Prüfstein der antiseptischen Methode geben aber erst die Fälle, wo ausser der breiten Eröffnung der Gelenke noch der Indication Genüge geleistet werden muss, eine bereits bestehende Infection zu beseitigen, die Gelenkeiterung und vorzüglich die Gelenktuberculose.

Redner kommt zum Schlusse, dass wir allerdings mit der antiseptischen Methode so weit seien, ein Gelenk breit aufzumachen, die tuberculös erkrankten Partien zu entfernen und das Gelenk wieder zu schliessen. Wenn dies der Fall ist, so sollte der Gelenkschnitt wenigstens in seiner einfachern Form mehr Gemeingut der Aerzte werden, als er es jetzt ist. Nur so könnte das ganze Heer sogenannter Gelenkneuralgien, chronischer Gelenkrheumatismen und der eigentlichen Gelenkcaries in Zukunft vermieden werden.

Niehaus hält nicht dafür, dass die Arthrotomie in allen Fällen, z. B. bei Neuralgie, nothwendig sei. Das Massage ist noch zu wenig entwickelt, hat aber entschieden seine Zukunft; dasselbe ist bei circumscripten Kapselverdickungen zuerst anzuwenden; auch Fälle von fungösen Erkrankungen sind schon geheilt worden; Fälle von Knochenherden fallen natürlich ausser Betracht.

Kocher will auch nicht alle neuralgischen oder sog. fungösen Fälle arthrotomiren; aber bei fungösen Fällen tuberculöser Natur ist die Indication entschieden vorhanden.

Während des Mittagsmahles leerten untadelich den Becher, gefüllt mit röthlicher Landeskraft, die Herren Prof. *Flesch*, Dr. *Jonquière* und *Givell*, sämmtlich in Bern, zum Zeichen ihres Eintrittes in den Cantonalverein.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Präsident: Dr. *O. Haab*. Actuar: Dr. *Müller*.

Sitzung, den 4. März 1882.[1])

I. Vortrag von Dr. *Haab* „Ueber einige seltenere Entzündungsformen am Auge."

Nach kurzer Darstellung der gegenwärtigen Anschauungen über den Entzündungsprocess wendet sich Vortr. jenen Entzündungen am Auge zu, die in gewissem, meist noch ungenügend bekanntem Zusammenhang mit Nerven und Innervation stehen. Hieher gehört die sympathische Ophthalmie, die Erkrankung des Auges bei Herpes zoster ophthalmicus und die Keratitis nach Lähmung des Trigeminus. — Bezüglich der sympathischen Augenentzündung erwähnt Vortr., dass die alte Annahme von *Mackenzie*, wonach die Entzündung vom ersten Auge auf dem Wege des Opticus (nicht der Ciliarnerven) auf das zweite Auge übergehe, wieder mehr zur Geltung komme in Folge neuerer Untersuchungen von *Mac Gillarry*, *Horner*, *Knies*, *Leber*. Letzterer hält daran fest, dass die Entzündung des ersten, wie des zweiten Auges infectiöser Natur sei, und dass sie vom ersten Auge den Sehnerven entlang auf's zweite übergehe. *Berlin* (*Volkmann*'s Vortr. Nr. 186) ist

[1]) Erhalten 4. April 1883.



ebenfalls der Ansicht, dass Infection für das Zustandekommen der sympathischen Entzündung nothwendig sei, nimmt aber an, dass die Uebertragung auf das zweite Auge durch Metastasirung, also auf dem Wege der Blutbahn geschehe. Vortr. hält letztere Hypothese, wenn man in's Auge fasse, dass möglicherweise das Gefässgebiet der Choriocapillaris mit seinem langsamen Blutstrom einen günstigen Entwicklungsort für gewisse Keime biete, und diese daher gerade dort und nirgends anderswo zur vollen Entwicklung kommen, für sehr berücksichtigungswerth. Immerhin seien alle obigen Annahmen vorläufig noch Hypothesen und fest steht blos, dass die sympathische Augenentzündung nicht reflectorisch durch die Ciliarnerven angeregt wird.

Beim Herpes zoster sind wir über die Momente, die zu der Keratitis und unter Umständen sogar zu Entzündungen tieferer Theile des Auges führen, auch noch nicht im Klaren. Die Untersuchungen von *Bärensprung*, *O. Wyss*, *Sattler* u. A. zeigten, dass beim H. zoster eine Erkrankung der Spinalganglien, Ganglion Gasseri und Ganglion ciliare sich finden. Danach würde die Annahme, es handle sich bei den Entzündungen am Auge in Folge von H. zoster um einen directen Uebergang der Entzündung von den erkrankten Nerven auf die von ihnen innervirten Gewebe mehr Wahrscheinlichkeit haben, als die andere Hypothese, dass die Entzündung der Cornea etc. Folge der Erkrankung der trophischen Nerven sei. Denn diese trophischen Nerven (die für's Auge im Trigeminus verlaufen sollen) gerathen immer mehr in Misscredit, da ihre Function unverständlich und unklar. Wir begegnen ihnen wieder bei der Keratitis nach Trigeminuslähmung. Vortr. gibt eine kurze Uebersicht über die umfangreiche, diese Entzündungsform betreffende Literatur und die immer noch lebhaft sich widersprechenden Ansichten über deren Natur. Eigene Untersuchungen an Kaninchenaugen, welche in Folge von Trigeminusdurchschneidung in der Schädelhöhle, ausgeführt von Prof. *Forel*, die Trigeminus-Keratitis in verschiedenen Stadien zeigten, brachten den Vortr. zur Ueberzeugung, dass die Anæsthesie und der dadurch bedingte mangelhafte reinigende und schützende Lidschlag allein nicht Schuld sein könne an der Keratitis. Auch führt nach Versuchen *v. Græfe*'s Exstirpation sämmtlicher Lider (bei Kaninchen), wodurch die Cornea der Verdunstung und allen Insulten preisgegeben wird, nicht zu Keratitis. Die microscopische Untersuchung des Vortr. ergab als erstes Stadium der Cornealerkrankung Absterben des Epithels und der obersten Schichten der Cornealsubstanz im centralen Bezirk der Hornhaut. Dieser Gewebsnecrose folgt Invasion von Micrococcen auf dem Fusse nach, indem diese in die Spaltlücken des mortificirten Gewebes eindringen von der Cornealoberfläche her. Diese Mycose ist es, die dann zu weiterem ulcerösem Zerfall der Cornea führt (wie schon *Eberth* u. A. nachgewiesen). Vortr. kam zur Ansicht, dass die Durchschneidung des Trigeminus eine uns noch nicht näher bekannte Störung oder Aenderung der Flüssigkeitsströmungen im Auge nach sich ziehe. Dadurch werde die Cornea vulnerabler, so dass Vertrocknung und Trauma das ohnedies gefässlose Gewebe tiefer lädiren als im Normalzustand und diese Läsion resp. localisirte Mortificirung führe dann zur Mycose, wodurch sofort auch die kleinste primäre Mycose rasch vergrössert und Reparation erschwert werde.



II. Prof. *Hermann*: „Aus dem Gebiet der thierischen Electricität.“ Der Vortr. gab eine Uebersicht aller bisher bekannten Thatsachen über Haut- und Secretionsströme und stellte auf Grund neuer Versuche, insbesondere über Hautströme bei Fischen, eine vollständige Theorie aller hierher gehörigen Erscheinungen auf, welche sich an die vom Vortragenden aufgestellte allgemeine Alterationstheorie der thierisch-electrischen Erscheinungen anschliesst und als nothwendige Consequenz derselben auftritt. Die Arbeit ist seither publicirt in *Pflüger*'s Archiv f. d. ges. Physiologie Bd. 27, S. 280.

III. Als Mitglied der Gesellschaft wird aufgenommen Dr. *Kündig*, Fluntern.

10. Sitzung, den 17. März 1883. [1])

Präsident: Dr. *O. Haab*, Actuar: Dr. *Kaufmann*.

I. Prof. *Krönlein* knüpft zunächst an seinen früher in der Gesellschaft gehaltenen Vortrag (vergl. Referat im Corr.-Bl. Nr. 1 1883, S. 21) an, in welchem er einen Fall von Trepanation wegen traumatischer Ruptur der A. mening. med. bei im Uebrigen intacter Haut- und Knochendecke des Schädels besprochen und unter Anderm bemerkt hatte, dass er, belehrt durch diese Beobachtung, in einem analogen Falle ganz gewiss wieder zum Trepan greifen und den Versuch machen werde, das intracranielle Blutextravasat nach aussen zu entleeren, event. eine noch fortbestehende Blutung directe zu stillen. Die Gelegenheit hiezu bot sich dem Vortragenden sehr bald.

Am 10. Januar 1883 fiel der circa 60jährige Handlanger Blasius G. von Aussersihl in schwer betrunkenem Zustande eine Treppe hinunter und blieb von Stund' an bewusstlos, bis er nach etwa 12 Stunden in die chirurgische Klinik gebracht wurde. Der in tiefem Sopor verharrende Pat. reagirte auf keinen Aufruf und bewegte nur hie und da bei tiefen Nadelstichen, Kneifen der Haut u. s. w. den rechten Arm und das rechte Bein, niemals die linksseitigen Extremitäten, die im Gegentheil, emporgehoben, kraftlos wieder herunterfielen. Pat. lag auch immer in halber linker Seitenlage. Anscheinend geringer Grad von linksseitiger Facialislähmung; Pupillen beiderseits reagirend, rechte etwas kleiner als linke; Incontinentia alvi et urinæ. Puls 60; Temp. 37,2°. An äussern Verletzungen zeigte Pat. nur einzelne Excoriationen der Stirn- und behaarten Kopfhaut; eine ausgedehnte Ecchymose der Conjunctiva bulbi dextri, eine teigige Infiltration der Haut und Weichtheile der rechten Schläfengegend und etwas eingetrocknetes Blut im rechten Nasengange. Kräftiger Druck auf die r. Schläfengegend hinter dem Process. sphenofrontalis schien ihm schmerzhaft zu sein. — Diagnose: Wahrscheinlich Fractur des rechten Schläfen- und Stirnbeins mit Ruptur der A. meningea media an der Fracturstelle und bedeutendem supraduralem Blutextravasat über der rechten Hemisphäre. Als Folge des letztern das Bild schweren Hirndrucks mit contralateraler Parese des Facialis und der Extremitäten (links).

Die Behandlung war zunächst eine exspectative, Bettlage, Eis; doch war die Trepanation behufs Ausräumung des intracraniellen Blutextravasats in Aussicht genommen, sobald der weitere Verlauf die Diagnose noch mehr sichern

[1]) Erhalten den 5. April 1883.



oder gar der Zustand sich noch verschlimmern sollte. Dies war ganz entschieden der Fall am 17. Januar. Schien es anfänglich, als ob der Sopor sich mindere und Pat. etwas besser reagire, so war an genanntem Tage der Zustand höchst bedenklich; tiefer Sopor, Puls unregelmässig, 62, schwächer als bisher. Verfall der Kräfte; Pat., der bisher immer instinctiv den dargebotenen Wein getrunken hatte, sobald man nur das Glas an seine Lippen brachte, schluckte nicht mehr; zudem gestern Abend zum ersten Mal Fieber (38,2°).

17. Januar. Trepanation an der Wahlstelle für die Lig. a. mening. med. dextr. *(Vogt)*. Vergrösserung der Trepanlücke mit Meissel und Hammer bis zur Grösse eines Zweifrankenstücks. Dadurch wird ein mächtiges Blutcoagulum blosgelegt, das sich von der Knochenöffnung weit nach vorn, oben und unten erstreckt und die Dura mindestens 1½ Zoll tief vom Knochen abgedrängt hat und zwar in solcher Ausdehnung, dass der eingehende Zeigefinger die seitlichen Grenzen nicht erreichen kann. Ausräumung des festen Coagulums mit Finger und scharfem Löffel und nachherige Irrigation der ganzen Höhle zwischen Dura und Knochen mit einer ½% Salicyllösung, so dass schliesslich nur noch wenige dünne Gerinnsel der Dura fest aufsitzen. Die Dura erscheint im Uebrigen intact; dagegen verläuft auf der innern Seite der Schläfenbeinschuppe vor der Trepanöffnung schräg von oben und hinten nach unten und vorn ein wenig klaffender Fracturspalt nach dem rechten Orbitaldach. — Die Menge des ausgeräumten Coagulums dürfte etwa 140 bis 150 grmm. betragen haben. — Einführung eines dicken, aber kurzen Drains in die Trepanöffnung und Jodoformgazeverband. Während der ohne Narcose ausgeführten Operation steigt der Puls von 60 auf 80—92; im Uebrigen Status idem. — Ungestörter Verlauf der Wunde, die in 4 Wochen vernarbt ist. Das Allgemeinbefinden des Pat. besserte sich von der Operation an stetig, doch langsam. Interessant war es bei dem wiederholten Verbandwechsel zu beobachten, wie die einwärts gedrängte Dura nur allmälig sich wieder dem Knochen näherte, und erst nach etwa 8 Tagen denselben überall vollständig wieder erreicht hatte. Zu dieser Zeit war auch das Sensorium ganz frei geworden; linker Arm und linkes Bein wurden willkürlich, wenn auch noch nicht mit voller Energie, bewegt, während dagegen die Facialisparese deutlicher und deutlicher wurde. Gegenwärtig ist der Pat., der der Gesellschaft vorgestellt wird, als geheilt zu betrachten. Von den früheren Lähmungen besteht aber noch und bleibt wohl auch ein geringer Grad von Lähmung des Mundfacialis. Das Sensorium ist völlig frei; die Intelligenz, wie Bekannte des Pat. behaupten, so wie sie früher war, d. h. bei dem hochgradigen Potator, etwas abgestumpft.

2) Dann demonstrirt Prof. *K.* zwei Fälle geheilter Handgelenkresection, ausgeführt wegen fungöser Gelenkentzündung und knüpft daran Bemerkungen über die Bedeutung der Frühresection bei fungöser Gelenkentzündung überhaupt und bei derjenigen des Handgelenks insbesondere. Während *K.* bezüglich der erstern bemerkt, dass sie keineswegs das geleistet habe, was viele Chirurgen noch vor wenigen Jahren von ihr erwartet, und dass eine weitere Verfolgung der Endresultate ihre Berechtigung noch mehr in Frage stellen dürfte als es die bisherigen Untersuchungen schon gethan haben, hebt er dagegen,



nur das Handgelenk in's Auge fassend, hervor, dass hier die Frage wesentlich anders liege, dass hier in gewissem Sinne eine Frühresection nicht nur gerechtfertigt, sondern geradezu geboten erscheine, nämlich sofern man darunter eine Operation verstehe, die ausgeführt werde, allerdings erst zu einer Zeit, wo von den unblutigen Behandlungsmethoden ein befriedigendes Resultat nicht mehr erwartet werden könne, aber jedenfalls auch schon zu einer Zeit, wo die Entzündung noch auf das Handgelenk beschränkt sei und die Function der Finger, sei es in Folge längerer Inactivität derselben, sei es wegen Mitbetheiligung der Sehnen und Sehnenscheiden, die über das Handgelenk hinweglaufen, noch nicht erheblich gelitten habe. Sei dies erst der Fall, so werde die Operation nicht nur spät, sondern häufig zu spät ausgeführt, um jetzt noch ein befriedigendes functionelles Resultat erwarten zu lassen. Denn ob die durch die Resection erhaltene Hand für den Besitzer auch brauchbar sei, hänge weit mehr ab von der grössern oder geringern Integrität der Gelenke, Sehnen und Sehnenscheiden der Finger, als von der Beantwortung der Frage, ob an Stelle des resecirten Handgelenks eine Ankylose oder eine straffe Nearthrose oder ein Schlottergelenk sich gebildet habe. — Nach *K.*'s Erfahrung verhalten sich die einzelnen Fälle fungöser Handgelenksentzündung bezüglich der Mitaffection der Sehnenscheiden und Sehnen der Finger insofern recht verschieden, als — selbst eine gleiche Behandlung vorausgesetzt — die letztere oft schon sehr früh sich einstellt, während sie in andern Fällen lange auf sich warten lässt. — Dieses verschiedene Verhalten zeigen die beiden demonstrirten Fälle.

1) 18jähriges Mädchen aus phthisischer Familie. Linksseitige fungöse Handgelenksentzündung seit 11 Monaten, trotz 5monatlicher Behandlung mit Gypsverbänden zusehends Verschlimmerung und schliesslich Gelenkvereiterung. — Finger noch ordentlich beweglich. — Totale Resection des Handgelenks am 28. November 1882. (Entfernung sämmtlicher Handwurzelknochen, der Epiphyse des Radius und Evidement des 2. und 3. Metakarpalknochens.) Sehnen und Sehnenscheiden der Finger sind intact. —

Jodoformgazeverband. Reactionsloser Verlauf und Heilung in 5 Wochen. — Schon jetzt ist die active Fingerbeweglichkeit eine sehr gute; auch das Handgelenk ist activ in geringerem Grade beweglich. —

Der Fall muss trotz der vollständigen Destruction des Gelenks, welche eine so ausgedehnte Resection nothwendig machte, als eine Frühresection bezeichnet werden, weil die Sehnen, Sehnenscheiden und Gelenke der Finger zur Zeit der Operation noch nicht betheiligt waren.

2) 45jähriger Mann. Linksseitige fungöse und fistulöse Handgelenksentzündung, angeblich nach Contusion seit erst 6 Monaten. — Finger wenig beweglich und geschwollen. Totale Resection des Handgelenks am 21. September 1881. (Entfernung der Epiphysen von Radius und Ulna, sämmtlicher Handwurzelknochen und sämmtlicher Bases des Metacarpalknochen.) Ausgedehnte fungöse Synovitis der Sehnenscheiden der Finger. Auslöffelung der fungösen Sehnenscheidengranulationen. Listerverband. Sehr langsame Heilung. Entlassung mit Fisteln am 3. März 1882. Jetzt nach einem Jahr Heilung der letz-



ten Fistel. — Active Fingerbeweglichkeit noch sehr gering; ebenso die active Beweglichkeit des Handgelenks. Immerhin ist Pat. mit seiner Hand zufrieden und gebraucht sie in letzter Zeit wieder bei seiner Zimmermannsarbeit.

Der Fall muss trotz des erst 6monatlichen Bestehens der Affection als eine Spätresection bezeichnet werden, weil die Finger in Folge des Fungus der Sehnenscheiden vor der Operation schon sehr fixirt waren.

II. Prof. *O. Wyss* demonstrirt einen typischen Fall von Serratuslähmung. Sie entstand bei dem 10jährigen Mädchen vor 6 Wochen nach einem Fall auf die linke Schultergegend.

III. Vortrag von Prof. *O. Wyss:* Ueber die Unmöglichkeit des Décanulement nach Tracheotomie. (Der Vortrag wird veröffentlicht. Ein Referat war nicht erhältlich.)

Discussion: Dr. *W. v. Muralt* glaubt, dass die nach *Bosé*'s Methode abgelöste Struma einen Druck auf die Canüle von unten ausübe und in Folge davon der über der Canülenöffnung gelegene Theil der vordern Trachealwand nach innen gedrückt werde. Als das sicherste Prophylacticum hält er die möglichst frühzeitige Entfernung der Canüle.

Prof. *Krönlein* sah die Unmöglichkeit des Décanulement unter 600 Fällen zwei Mal, hält sie demnach für sehr selten. Möglich sei es, dass die von dem Vortr. gesehene Impression der vordern Laryngo-Trachealwand durch den Druck des Kinnes auf den Canülenschild bei kurzem Halse bedingt werde.

Dr. *Lüning* beobachtete zwei Fälle, wo die Canülenentfernung unmöglich war und zwar nach der untern Tracheotomie. Beim ersten Falle ergab die Section Granulationsstenose; beim zweiten Falle handelte es sich um abnorme Nachgiebigkeit der vordern Trachealwand. Das Kind war rhachitisch; die Heilung machte sich schliesslich ganz spontan.

Schluss der Sitzung ½10 Uhr.

Referate und Kritiken.

Neunzehnter medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Bern im Laufe des Jahres 1881.

Veröffentlicht von dem Arzte des Spitals: Prof. Dr. *R. Demme.*
Bern, Dalp'sche Buchhandlung. 106 S.

Aus ein paar Blättern, welche zum Beginn der Thätigkeit des Verfassers obigen Spitalberichtes von dem Wirken in genannter Anstalt Kunde gaben, ist mit den Jahren ein Buch geworden. Ein nützliches Buch, sagen wir es gleich. Denn der practische Arzt, dem die Zeit nicht zu Gebote steht, in den Jahrbüchern, Archiven und ähnlichen periodischen Publicationen über Kinderheilkunde die Entwicklung dieses Specialfaches zu verfolgen, findet in *Demme*'s Jahresbericht alles Wissenswerthe zusammengestellt. Neu veröffentlichte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, neue Kindernahrungsmittel und Medicamente werden regelmässig vom Verfasser im Verlaufe des Jahres an dem Krankenmateriale des Spitales und der Poliklinik geprüft und das Ergebniss im jeweiligen Berichte mitgetheilt. Dieses ziemlich bedeutende Krankenmaterial, seit Jahren statistisch vorzüglich geordnet, gestattet dann solche hübsche historische Rückblicke über den Stand einer Frage, wie der vorliegende Bericht wiederum bietet auf Seite 87 und folgenden, betreffend „statistische und klinische Verwerthung der vom Jahre 1862—1882 im Kinderspitale bei Laryngitis crouposa diphtheritica vorgenommenen Tracheotomien."



Wir begrüssen somit den bekannten Boten auch dieses Jahr wieder auf's herzlichste und wünschen ihm allgemeine beste Aufnahme unter den Collegen.

Im Jahre 1881 wurden im Berner Kinderspitale 268 Patienten verpflegt (64 mehr als 1880). Hievon gehören 172 dem männlichen, 96 dem weiblichen Geschlechte an. 162 Patienten litten an innern, 106 an äussern Erkrankungen. 74 Kinder standen im Alter von einigen Tagen bis Ende des 1. Jahres. 131 von 1—6 Jahren, 40 von 7 bis 11 Jahren, 23 von 12—16 Jahren. 115 Kinder stammten aus Bern und der nächsten Umgebung, 54 aus dem Mittelland, 27 aus dem Oberland, 25 aus dem Emmenthal, 17 aus dem Seeland, 15 aus dem Jura, 10 aus dem Amt Schwarzenburg und 5 aus fremden Cantonen.

Es starben 19 Kinder, somit 7%. Gesammtzahl der Pflegetage 9437.

Die Zahl der im Jahre 1881 vom Spitale aus behandelten poliklinischen Patienten beträgt 3002 (527 mehr als 1880).

2345 dieser Kranken wurden in den poliklinischen Consultationsstunden des Spitals ambulant behandelt, 657 Patienten dagegen in ihren Wohnungen besucht.

Von diesen 3002 poliklinischen Kranken gehörten 1742 dem männlichen, 1260 dem weiblichen Geschlechte an.

1211 dieser Kinder stunden im Alter von einigen Tagen bis Ende des 1. Lebensjahres. 620 von 1—6 Jahren, 510 von 7—11 Jahren, 432 von 12—14 Jahren, 229 von 15—16 Jahren.

Von den 3002 poliklinisch behandelten Patienten starben 129, somit 4,2%, welche Ziffer wohl zu klein ist, weil nicht anzunehmen ist, dass alle Todesfälle aus der Poliklinik angemeldet werden.

Die Mortalität bezüglich einzelner Krankheitsformen der im Spitale und der Poliklinik behandelten Kinder betrug im Jahre 1881: 7,5% für Scharlach, 5,8% für Masern, 13,6% für genuine Diphtherie.

Von den übrigen Spitalpatienten und den poliklinisch behandelten Kranken findet sich als häufigste Todesursache 9 Mal Meningitis tuberculosa; 7 Mal Pneumonia caseosa; 7 Mal Catarrhus gastro-intestinalis acutus; 4 Mal Peritonitis acuta; 4 Mal Scleroma neonatorum; 3 Mal syphilitische Visceralerkrankung; 3 Mal amyloide Entartung von Leber, Milz und Nieren; 3 Mal Purpura hæmorrhagica; 2 Mal Meningitis simplex in Folge der Fortleitung einer durch Fremdkörper bedingten Mittelohrentzündung nach den Meningen; 1 Mal acute fettige Entartung eines Neugebornen; 1 Mal Durchbruch eines Kropfabscesses nach der Trachea.

Unter den bei den Spital- und poliklinischen Patienten vorkommenden chirurgischen Erkrankungen erwähnt der Bericht 12 Fracturen; 30 Gelenkentzündungen; 13 Knochenhaut- und Knochenentzündungen; 25 Tumoren; 12 Bildungsfehler etc.

Bezüglich der ausgeführten Operationen macht sich eine bedeutendere Zahl von wegen diphtheritischer Stenose ausgeführter Tracheotomien bemerklich.

Im speciellen Theile des Berichtes theilt Verfasser wiederum seine Erfahrungen über Kindernährpräparate mit und bespricht an Hand von Wägungen die conservirte und condensirte Milch von Romanshorn und Cossonay, das *Paulke*'sche Milchsalz, das Kindermehl der Anglo-Swiss-Milch-Gesellschaft in Cham und den Nährzwieback von Opel in Leipzig für rachitische Kinder.

Die Ernährungsfrage leitet den Verfasser hierauf auf das Capitel der Entfaltung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten von den frühesten Altersstufen auf und gibt er an Hand seiner, seit Jahren sorgfältig gesammelten Notizen ein hübsches Bild der Entwicklung der einzelnen Sinnesorgane, des Beginnes des Aufrechthaltens des Kopfes, des Freisitzens, Stehens, Gehens, sowie des Sprechens. An vier pathologisch interessanten Fällen weist Verfasser nach, wie trotz anfangs ungünstiger Prognose hinsichtlich der geistigen Entwicklung zurückgebliebener Kinder bei rationeller und consequenter Anwendung der bekannten diätetischen, didactischen und therapeutischen Maassnahmen ein Erfolg zu erzielen sei.

Eine wichtige Episode im Spitalleben von 1881 bildete eine in Bern und Umgebung herrschende Masernepidemie. Von 1475 beim Secretariat der bernischen Sanitätscommission angemeldeten Masernfällen starben 31 = 2,1%. Catarrhalische Pneumonie,



Bronchitis capillaris und grosse Erschöpfung der Kräfte der Kranken bildeten die Haupt-Todesursachen.

Das Kinderspital speciell und seine Poliklinik hatte 224 Fälle von Masern und 13 Todesfälle = 5,8°/₀ zu verzeichnen. Aus der Symptomatologie ist hervorzuheben die Fieberhöhe (42,6° bei einem 9 Monate alten Knaben unmittelbar vor Ausbruch des Exanthems). Complication vorwiegend durch Bronchopneumonien veranlasst, sowie durch Auftreten von Gangrän.

An 20 dieser Masernkranken nahm Verfasser Blutkörperchenzählungen vor zur Bestimmung der Verhältnisszahl der rothen und farblosen Blutzellen im Verlaufe des Masernprocesses. Wie bei der im Jahresbericht 1880 angeführten Zählung bediente sich Verfasser des *Thoma-Zeiss*'schen Apparates und zur Controle der erhaltenen Resultate abwechselnd der *Gower*'schen und der von *Lyon-Thomas* angegebenen Mischungsmethode. Um das Schwanken der Blutkörperchenzahl während des Masernprocesses zu illustriren, greifen wir einen Fall heraus. Kind Stengel, 5 Jahre alt, Körpergewicht 5980 grmm., an Klumpfuss leidend. 10. Februar 1881 bei vollkommenem Wohlbefinden: 5,480,000 Blutkörperchen auf 1 cmm.

17. Februar: Beginnende catarrhalische Symptome (Schnupfen, Conjunctivitis, Tracheobronchitis, Temperatur 38,5). Körpergewicht: 6130 grmm. Blutkörperchenzahl 5,800,000 auf 1 cmm. 19. Februar: 5,250,000. 21. Februar: 4,230,000. 26. Februar: 2,940,000. Gewicht des Körpers 5320 grmm. Dann wieder Ansteigen der Blutkörperchenzahl bis 4,530,000 den 7. März.

Was das relative Mengenverhältniss von weissen und rothen Blutkörperchen im Verlaufe der Masernerkrankung anbelangt, so wies die Zählung eine Abnahme der rothen Blutkörperchen mit dem Beginne der Fieberperiode nach.

Anschliessend enthält der Bericht eine werthvolle Abhandlung über das Vorkommen von wirklicher Magenerweiterung im frühesten Kindesalter. Diese Krankheit bildet sich aus bei unzweckmässig genährten (zu früh Mehlbrei), zu Rhachitis neigenden Kindern. Behandlung: Magenwaschung und Darreichung nur sehr geringer Quantitäten von Milch per Mahlzeit.

Ferner berichtet Verfasser über Sclerom. Der mitgetheilte Fall zeichnet sich aus durch das vor dem Geburtsact schon eingeleitete Auftreten von Sclerom, durch das prompte Verschwinden desselben nach consequenter Massage der verhärteten Theile und energischer Belebung der Herzthätigkeit, durch das Auftreten von Polyarthritis bei hohen Temperaturen, jedoch geringer Frequenz der Herzactionen, durch eine zur partiellen Gangrän führende Purpura und endlich durch das terminale Wiederauftreten des Scleroms.

Wie im 17. Jahresberichte theilt Verfasser wieder Fälle mit von schwerer Stomatitis, verursacht durch das Verabreichen von Milch, herstammend von einer maul- und klauenseuchekranken Ziege.

Zum Schlusse berichtet Verfasser über die während des Jahres 1881 vorgekommenen operativen Eingriffe und hierin steht voran der im Anfang dieses Referates erwähnte Rückblick auf die im Kinderspitale vorgenommenen Tracheotomien. Während der 20 Jahre wurden operirt wegen diphtheritisch-croupöser Laryngitis 75 Kinder. Hievon wurden geheilt 33; 42 Operirte erlagen. Der beschränkte Rahmen dieses Referates erlaubt uns nicht, auf die einzelnen Fragen dieser interessanten Abhandlung einzugehen und müssen wir den Leser auf den Bericht selbst verweisen (v. Corr.-Bl. 1882, pag. 654.)

Von bemerkenswertheren Einzelnbeobachtungen des chirurgischen Krankenstandes von 1881 sind noch zu erwähnen ein Fall von Fibrosarcom der Scheidenschleimhaut bei einem 5½ Jahre alten gesunden Mädchen. Totalexcision am 20. August. Am 25. December Recidiv. Am 18. Januar 1882 neue Exstirpation, Jodoformverband und Heilung am 7. Februar 1882.

Fissurenoperationen des Mastdarms und Afters. Aufhören der Hemichorea nach der Operation in einem Falle.

Acute Schwellung und Entzündung einer auf der Höhe des Floritionsstadiums des Masernprocesses entstandenen Struma bei einem 5 Jahre alten, körperlich und geistig normal entwickelten Knaben. Ausgang in Heilung. *Albrecht.*



Lehrbuch der Physiologie des Menschen.

Von Dr. *L. Landois*, Professor der Physiologie in Greifswald. Mit 206 Holzschnitten. 2. verbesserte und vermehrte Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg. 1030 Seiten.

Ich möchte in dem Umstande, dass ein Lehrbuch oder ein Buch überhaupt in kurzer Zeit wiederholte Auflagen erlebt, nicht allein einen Beweis seiner Vorzüge und Verdienste sehen. Es ist bekannt genug, welche Verhältnisse nicht selten die Zahl der Auflagen bei den Büchern beeinflussen. Dass nun aber das vorliegende Werk nach noch nicht ganz 2 Jahren seit dem Erscheinen der 1. Auflage schon eine 2. nöthig macht, schreibe ich gerne seiner bereits allgemein anerkannten Brauchbarkeit zu. Es ist dieses Lehrbuch in der That, wie der Titel sagt, für die Bedürfnisse der practischen Medicin, der practischen Aerzte also, geschrieben, und ich zweifle gar nicht daran, dass es diejenigen, die von seinem Inhalte fleissigen Gebrauch machen, seien es angehende Mediciner oder ärztliche Practiker, bei ihrem Studium und bei ihrer Praxis physiologisch denken lehrt. Das Buch enthält mehr als sein Titel besagt. Wir finden darin nicht nur die Lehren der Physiologie, sondern damit in Zusammenhang die wichtigsten Sätze der allgemeinen Pathologie; ihnen schliessen sich den Gang und die Entwicklung der Physiologie bezeichnende geschichtliche Bemerkungen, solche vergleichend physiologischen Interesses und endlich solche der Histologie und microscopischen Anatomie an. Was daneben den practischen Arzt vor Allem anregen, führen und fördern wird, sind die zahlreichen Abschnitte des Buches, in denen zur Untersuchung mannigfaltiger Fragen und Aufgaben der practischen Medicin Anleitung gegeben wird. Trotz der Reichhaltigkeit des Buches bewundere ich den Verf. noch mehr über die Beschränkung, die er sich bei seiner Bearbeitung auferlegte, überall nur das Nöthige und Nützliche zu bringen. Ich füge noch bei, dass die äussere Ausstattung des Werkes ganz seinem innern Werthe entspricht, wie es bei dem angeführten Verleger immer mehr Gebrauch geworden ist. *L. W.*

Deutsche Chirurgie.

Herausgegeben von *Billroth & Lücke.*
Lieferung 26: *R. U. Krönlein*, Die Lehre von den Luxationen.
Stuttgart, Enke, 1882. 121 S.

In seiner Arbeit war Verf. vor Allem bestrebt, der Luxationsstatistik eine rationellere Basis zu geben. Für die traumatischen Luxationen verwendete er ausschliesslich die an der *von Langenbeck*'schen Klinik und Poliklinik vom 1. Mai 1874 bis 10. October 1880 beobachteten frischen Luxationen, 400 an der Zahl. Er fand dabei die obere Extremität mit 92,2%, die untere mit 5% und den Stamm mit 2,8% betroffen. Die Humerusluxationen umfassen mehr als die Hälfte sämmtlicher Verrenkungen (51,7%), dann kommen die Luxationen des Ellenbogengelenkes mit 27,2%, der Rest vertheilt sich in kleinen Zahlen auf die übrigen Gelenke. In dem Alter von 1—20 Jahren sind die Luxationen des Ellenbogengelenks die häufigsten (70%), die des Schultergelenkes aber höchst selten (1,8%). Erst vom 21. Lebensjahre an prävaliren für die folgenden Decennien die Schulterluxationen über alle andern Verrenkungen. Für die vergleichende Luxations- und Fracturenstatistik kommt Verf. zu folgendem Resultate: Dasjenige Alter, welches am allermeisten zu Fracturen disponirt, d. i. das Kindes- und hohe Greisenalter zeigt die geringste Disposition zu Luxationen; vom Jünglings- bis zum ersten Greisenalter aber wächst allmälig und stetig die Disposition sowohl zu Fracturen als auch zu Luxationen.

Im übrigen findet die allgemeine Lehre von den Luxationen eine erschöpfende Besprechung und es sind namentlich auch die angeborenen und habituellen Luxationen specieller geschildert, sowohl in pathologisch-anatomischer wie in klinischer Beziehung.

Kaufmann.

Die Lehre vom Glaucom.

Von *Mandelstamm* kritisch beleuchtet.
Sammlung klinischer Vorträge Nr. 206. p. 14.

Der Vortrag behandelt in sehr klarer und übersichtlicher Weise die verschiedenen Theorien über das Glaucom, bietet aber im Uebrigen durchaus nichts Neues. *Hosch.*



Une visite au cimetière de Fribourg.

Par le Dr. *Castella*. 1881.

Végétariens.

Par le même.

Discours prononcé à la réunion annuelle de la société médicale de la Suisse romande.

Par le Dr. *Castella*, président. 1880.

Nous avons lu avec grand plaisir et nous recommandons chaudement la lecture de ces trois petites brochures à nos confrères de la Suisse allemande. La visite au cimetière de Fribourg, la plus importante de ces études, est une excursion dans le domaine de l'hygiène éclairée par le statistique de la mortalité. — L'auteur signale les causes principales des morts prématurées et insiste d'une manière particulière sur celle qui provoque les nombreux décès des petits enfants et sur la „peste" de l'alcoolisme. Nous souhaitons une grande publicité aux écrits de ce genre, excellents vulgarisateurs des principes hygiéniques.

Dr. *L—e*.

Die Iridectomie bei primärem Glaucom.

Von *D. Sulzer*. Diss. Zürich, Hch. Zürcher, 1882. p. 107.

Die Arbeit bezweckt, „die Resultate der Iridectomie in grossen Zahlen und über lange Zeiträume kennen zu lernen, um die Grenzen ihrer Leistung und das Bedürfniss nach Ersatz (Sclerotomie) oder Ergänzung (Eserinbehandlung) dieser Operation festzustellen."

„Bei der Zusammenstellung wurden alle diejenigen Fälle, bei denen das Vorhandensein von Entzündungserscheinungen oder glaucomatösen Anfällen weder durch Beobachtung noch auf dem Wege der Anamnese sicher festgestellt werden konnte, als Glaucoma simplex von den Fällen von Gl. inflammatorium getrennt."

In weitaus den meisten Fällen benützt Prof. *Horner* zur Glaucomiridectomie das Lanzenmesser, nur bei fast aufgehobener, vorderer Kammer das *Gräfe*'sche Linearmesser. Seit Einführung des Eserin wird vor der Operation stets energische Eserinisation vorgenommen, welche nach *H.* die Operation wesentlich erleichtert durch Verminderung der Tension und Contraction des Sphincter iridis, die Reposition der Irisecken begünstigt, die Wiederherstellung der vordern Kammer beschleunigt und Rückfälle der Drucksteigerung leichter beherrschen hilft.

Fast ausnahmslos wurde der Schnitt nach oben angelegt.

Die Zahl der vom Jahr 1861—1881 wegen Glaucoma simplex iridectomirten Augen beträgt 103, wovon 48 auf das männliche, 55 auf das weibliche Geschlecht entfallen. Die Resultate waren folgende:

1) Verbesserung des S	in 23	Fällen	(22,3%).
2) Erhaltung des vor der Operation vorhandenen S	„ 38	„	(37%).
3) Erhaltung eines herabgesetzten, aber befriedigenden S	„ 24	„	(23,3%).
4) Verfall des S gleich nach der Operation	„ 4	„	(3,8%).
5) Späterer Verfall des S	„ 14	„	(13,6%).

Im gleichen Zeitraum wurden 149 Fälle (wovon über $^2/_3$ dem weiblichen Geschlecht angehören) wegen Glaucoma inflammatorium iridectomirt. Davon müssen 67 (45%) der acut entzündlichen, 82 (55%) der chronisch entzündlichen Form zugetheilt werden. Die Resultate waren folgende:

1) Verbesserung des S	in 108	Fällen	(72,5%).
2) Erhaltung des vor der Operation vorhandenen S	„ 17	„	(11,3%).
3) Erhaltung eines herabgesetzten, aber befriedigenden S	„ 15	„	(10,1%).
4) Verfall des S gleich nach der Operation	„ 6	„	(4,08%).
5) Späterer Verfall des S	„ 3	„	(2,02%).

Vergleicht man diese Statistik mit den bisherigen Erfahrungen über Sclerotomie, von welcher immer häufigere Misserfolge gemeldet werden, so erkennt man leicht, dass die Iridectomie vorderhand das souveräne Mittel gegenüber den gewöhnlichen Formen des Glaucom bleiben wird, während die Sclerotomie sich in folgenden Fällen indicirt findet:

1) Hydrophthalmus congenitus.
2) Hämorrhagisches Glaucom.
3) Glaucoma absolutum.

4) Glaucom in hochgradig myopischen Augen.

5) Bei Glaucomrecidiven an iridectomirten Augen, die durch Eserin nicht geheilt werden.

Ebenso wenig vermag das Eserin die Iridectomie zu ersetzen, da Gewöhnung, Intoxicationserscheinungen und Eserinconjunctivitis seiner Anwendung bestimmte Grenzen setzen. Am sichersten ist seine Wirkung bei den anfallsweise auftretenden Glaucomformen, weit weniger sicher bei Gl. simplex. *Hosch.*

Cantonale Correspondenzen.

Aus dem alten Basel.

Der Statt Basel Tax Ordnung. Getruckt im Jahr Christi 1646 durch Johann Jacob Genath. [1])

Balbierer Tax.

Item wann einer in den Kopff verwundt würdet, dass er beinschrötig biss auff die duram Matrem oder das oberist Hirnfählein, ist Artzet-lohn, so er curirt wird, 15 lb. [2])

Item wann einer an dem Schlaaff geschlagen oder gehawen wird, dass er an den Schlaaff-aderen verletzt oder abgehawen worden, ist Artzet-lohn 7 lb. 10 sh.

Item wann einem die Nasen abgehawen, oder in ein Aug gestochen wird, ist Artzet-lohn 12 lb. 10 sh.

Item wann einem ein Ohr, Maul, Lefftzen oder das Kine abgehawen wird, ist davon Artzet-lohn 7 lb. 10 sh.

Item wann einer durch den Hals gestochen wird, 7 lb. 10 sh.

Item wann einer in die Gleich verwundt wird, alss Achsslen, Ellenbogen, Hufften, Knye, Knoden, und dergleichen, dass das Glidwasser zu besorgen, ist Artzet-lohn 12 lb. 10 sh.

Item wann kein Glidwasser zu besorgen 3 lb. 15 sh.

Item von Stichen, Schützen in dem Leib, ohne verletzung der fürnehmsten jnnerlichen Glideren, 11 lb. 5 sh.

Item von Wunden, so nicht gefährlich, und gemeine Fleisch-wunden sind, 2 lb. 10 sh.

Item beschlossene Beinbrüch in der dickhe oberhalb des Knyes, 20 lb.

Item für einen beschlossenen Bruch under dem Knye, 11 lb. 5 sh.

Item für einen Armbruch oberhalb dem Ellenbogen 12 lb. 10 sh.

Item underhalb des Ellenbogens, 8 lb. 15 sh.

Doch alles beschlossene und nicht Schlützbrüch.

Item von Gleich-verruckhung, oder aussein-ander gefallenen Glideren, alss Achsslen, 5 lb.

Item für ein aussgefallenen Ellenbogen, 5 lb.

Item für aussgefallene Händ an den vorderen Gleichen, 3 lb. 15 sh.

Item für ein aussgefallene Hufft, 15 lb.

Item für ein aussgefallenes Knye, 10 lb.

Item für aussgefallene Knoden, 5 lb.

Item von einem abgefallenen Ruckhgradt eynzurichten und zu curiren, 17 lb. 10 sh.

Item von einem abgefallenen Ripp im Leib zu curiren, 7 lb. 10 sh.

Item von einem Fahl, da im Leib nichts verletzt, sonder allein mit geronnenem Blut underloffen, 2 lb. 10 sh.

Item für alle gemeine Haussbrand nach beschaffenheit des Schadens, 2 lb. 10 sh. 3 lb. 15 sh. biss in 5 lb.

Item von dem kalten Brand zu curiren, der zimlich in einem Glid überhand genommen, nach beschaffenheit des orts, 12 lb. 10 sh.

Item von einem Glid abzuschneiden, oberhalb der dickhe, sampt der Cur, 30 lb.

So er daran stirbt, den halben Theil.

Item von einem Glid under dem Knye abzuschneiden, 12 lb. 10 sh.

Item für einen Armb abzuschneiden ob dem Ellenbogen, 12 lb. 10 sh.

Item vor dem Ellenbogen, 7 lb. 10 sh.

Item für ein Fontanellen zu setzen, biss sie zum rechten Fluss kommt 2 lb.

Item Frantzosen-Cur, weil dieselbige under-

---

[1]) Staatsarchiv Basel, Buxtorfische Mandatensammlung. Dem Corr.-Bl. mitgetheilt durch die Freundlichkeit von Herrn Staatsarchivar Dr. *R. Wackernagel.*

[2]) Der Werth des Geldes in der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts war in Basel ungemein schwankend. Im Jahre 1648 war: 1 lb. = Fr. 2. 75; 1 sh. = 14 Cts.; 1 d. = 1[1]/5 Cts. Hiezu kommt noch, dass seitdem der Werth des Geldes im Allgemeinen sehr gesunken ist, so dass obige Summen nach heutigen Begriffen weit mehr repräsentiren.



schiedlich, und desswegen kein gewisser Tax gemacht werden kann, soll man sich gegen dem Patienten der billichkeit gemäss verhalten.
Item von einer Aderen zu schlagen, 2 sh.
Item von einem Mann das Haar abzuschneiden, 2 sh.
Item von einem jungen Knaben, 1 sh.
Wann man aber zwacht, 3 sh.
Item von einem Zahn ausszubrechen, 2 sh.
Die Lehrjungen betreffend, so diss Handwerck zu erlehrnen lust und liebe gewünnen, sollen selbige 2 Jahr lang, nach Handwercksgebrauch und ordnung, lehrnen, und der Meister für das Lehrgelt mehr nicht fordern dann 60 lb.

Bader Tax.

Item von einer Manns-person, welche in der Badstuben schrepfft, ist lohn 2 sh.
Item von einem der nicht schrepfft, 1 sh. 6 d.
Item von einer Weibsperson, wann sie schrepfft, 1 sh. 8 d.
Item wann sie nicht schrepfft, 1 sh. 4 d.
Item Schrepfferlohn in den Hauss-Badstuben, oder vor dem Ofen und Fewer, ist jedes discretion heimgestellt.

Das Lehrgelt von disem Handwerck ist 30 lb. und soll gelehrnet werden, Handwercks gebrauch nach, zwey Jahr lang.

Wochenbericht.

Schweiz.

Einladung zur XXVI. Versammlung des ärztlichen Centralvereins Freitag, den 25. Mai, Abends und Samstag, den 26. Mai 1883 in **Basel**.

Programm: Am Vorabend, Freitag, den 25. Mai, Abends 8 Uhr, versammelt sich die medicinische Gesellschaft zu Basel in der Kunsthalle (II. Stock, Oberlichtsaal) zum Empfang der auswärtigen Mitglieder des Centralvereins und zum Anhören eines Vortrages von Prof. *Immermann*, nach welchem in den Restaurationsräumen der Kunsthalle (Erdgeschoss) die weiteren Abendstunden der geselligen Vereinigung gewidmet sein sollen.

Samstag, den 26. Mai:

8—10 Uhr klinische Demonstrationen im Bürgerspital, gleichzeitig in der medicinischen, chirurgischen, geburtshülflichen und psychiatrischen Klinik, sowie im Kinderspital, in der Augenheilanstalt und in der Diaconissenanstalt in Riehen.

10 Uhr Besichtigung der Universitätsbibliothek im Museum und der mittelalterlichen Sammlung im Kreuzgang des Münsters. (In der Aula des Museums wird Herr Oberbibliothekar Dr. *Sieber* eine Ausstellung medicinischer Werke der Universitätsbibliothek zu Handen der Herren Collegen veranstalten und ist bereit, dabei persönlich gewünschte Auskunft zu ertheilen. Ausserdem sollen daselbst alle Detailpläne des neuen anatomisch-physiologischen Institutes der Universität, das im Bau begriffen ist, ausgestellt werden. Herr Prof. *Heyne*, Vorsteher der mittelalterlichen Sammlung, hat ebenfalls zugesagt, persönlich die Herren Gäste in der Sammlung zu empfangen.)

½11 Uhr Frühschoppen in dem gegenüber dem Bernoullianum gelegenen Garten von Prof. *Hagenbach-Bischoff*, den Collegen dargeboten von der Basler medic. Gesellschaft.

Hauptsitzung präcis ½12 Uhr im Bernoullianum.

Tractanden:
1) Bericht des Präsidenten Dr. *Sonderegger*.
2) Vortrag über Neuritis von Prof. *Roth*.
3) Referat über die Hülfscasse für Schweizerärzte von Dr. *A. Baader*.
4) Vortrag über die Selbstmorde in der Schweiz von Dr. *Ladame*.
5) Kleinere Mittheilungen.

Banket um 2 Uhr im neuen Musiksaal (Stadtcasino).

Tit.! Nachdem nun ein ganzes Jahr verstrichen, seit wir am 27. Mai 1882 die letzte Zusammenkunft des Centralvereins abgehalten haben, geben wir uns der angenehmen Hoffnung hin, dass diese Basler Versammlung eines zahlreichen Besuches von Nah und Fern sich zu erfreuen haben möge und laden Sie deshalb Alle auf das Herzlichste ein: die Mit-



glieder des ärztlichen Centralvereins, unsere Freunde der Société médicale de la Suisse romande, sowie alle Collegen, welche Anregungen zu geben oder zu empfangen lieben.

Basel, den 25. April 1883.

Namens der Aerzte-Commission:
Sonderegger, Präsident.
Burckhardt-Merian, Schriftführer.

Im Foyer des Musiksaales wird eine Ausstellung von Instrumenten, Apparaten, Bandagen u. dergl. arrangirt sein, zu der die Herren Dr. *Beck* (Bern) und *Walter* (Basel) bereits ihre Mitwirkung zugesagt haben.

Aerztliche Hülfscasse. Da dem Referenten an der Versammlung des ärztlichen Centralvereines für sein mündliches Referat nur wenig Zeit zur Verfügung steht, und die Wichtigkeit der Sache doch eine genauere Kenntniss der Frage dringend erheischt, bitten wir die Herren Collegen, das gedruckte Referat, das dieser Nummer beiliegt, vor der Sitzung zu lesen.

— **Sanitarische Untersuchung der Wehrpflichtigen 1882.** Gegenüber 1881 gestaltet sich das Gesammtergebniss folgendermaassen:

		Diensttauglich.		Zurückgestellt.	Untauglich.	Total.
1882	Recruten	14,775	49,8%	6,188	8,736	29,699
	Eingetheilte	1,693	28,5%	889	3,354	5,936
	Total	16,468		7,077	12,090	35,635
1881	Recruten	14,034	47,8%	5,835	9,510	29,379
	Eingetheilte	1,409	26,8%	753	3,098	5,260
	Total	15,443		6,588	12,608	34,639

Procentsatz der diensttauglich erklärten Recruten im Durchschnitt: 1875 55,1, 1876 51,0, 1877 48,2, 1878 48,9, 1879 42,9, 1880 44,5, 1881 47,8, 1882 49,8. Differenz 1881—1882 + 1,9.

Die Gesammtzahl der als diensttauglich erklärten Recruten hat betragen im Jahr 1875: 20,188, 1876: 15,428, 1877: 13,499, 1878: 14,063, 1879: 12,508, 1880: 12,967, 1881: 14,034, 1882: 14,775.

Das Ergebniss im Berichtsjahr ist mithin das günstigste seit der neuen Militärorganisation, abgesehen von den Jahren 1875 und 1876, welche durch eine reiche Nachlese aus den älteren Jahrgängen abnorm verstärkt wurden.

Die Vermehrung der Zahl der für 1883 Ausgehobenen rührt mit davon her, dass die Untersuchungscommissionen gemäss erhaltener Weisungen körperlich gut gebaute und geistig vortheilhaft entwickelte Stellungspflichtige, auch wenn sie nicht in allen Theilen vollkommen entsprachen, zur Dienstleistung verhalten haben, um auf diese Weise der Armee eine nicht unbeträchtliche Zahl schätzbarer Elemente zuzuführen.

Auch die Zahl der untersuchten Eingetheilten, welche sich zur Ausmusterung gestellt hatten, weist gegenüber 1881 eine Vermehrung von nahezu 700 Mann auf. Dieser Zuwachs fällt hauptsächlich auf Rechnung der Landwehr, welche dieses Jahr ihre ersten Wiederholungscurse hatte, die ein bedeutendes Contingent zu den Ueberweisungen vor die Untersuchungscommission lieferten. So lange die Betreffenden nicht zum Dienst herangezogen wurden, hatten sie kein Interesse, sich unter die Ersatzpflichtigen versetzen zu lassen.

Die Aufzeichnungen, welche seit mehreren Jahren über die Zahl der täglich in den Recrutirungskreisen zur Untersuchung und Prüfung erschienenen Recruten und über die hierauf verwendete Zeit gemacht worden sind, haben sich auch im Berichtsjahr gut bewährt und verhindern, dass die Tagesarbeit der Experten zu gross wird. Nur in wenigen Cantonen wird bei den Einberufungen noch allzu oberflächlich vorgegangen und die einrückenden Pflichtigen zu ungleich vertheilt.

(Aus dem Bericht des eidg. Militärdepartements.)

Basel. deWette-Feier. Am 10. Mai hielt die medicinische Gesellschaft von Basel eine solenne Sitzung ab: es galt, das 50jährige Doctorjubiläum des Herrn Physicus Dr. *deWette* zu feiern. Fast vollzählig versammelt, sah die medicinische Gesellschaft bei diesem feierlichen Anlasse noch zahlreiche Gäste in ihrer Mitte.

Nachdem der Präsident, Herr Prof. Dr. *Kollmann*, dem Jubilar als dem ersten Präsidenten der medicinischen Gesellschaft von Basel und dem bis zum heutigen Tage uner-



müdlichen, wissenschaftlich und gesellig activ theilnehmenden Mitgliede im Namen der Gesellschaft ein künstlerisch ausgeführtes Diplom überreicht hatte, dankte der Jubilar und schilderte seine Vergangenheit und die mächtige Veränderung im äussern Wesen und im Geiste der Medicin, wie sie in den verflossenen 50 Jahren an und in ihm vorübergezogen ist.

Dem vortrefflichen Vortrage von Prof. Dr. *Massini* über die Behandlung des Eczems schloss sich ein belebtes Banket an, zu dessen würdiger Einleitung das Präsidium unserm so jugendfrisch gebliebenen Jubilar als practischen Beleg der Hochachtung und Liebe seiner Basler Collegen einen mit Wappen und Widmung geschmückten silbernen Tafelaufsatz übergab.

Mögen noch lange frische Blumen, wie sie die Spende umhüllten, Auge und Herz des eminenten practischen Botanikers, unseres Jubilars, erfreuen und erfrischen!

Im Namen der medicinischen Facultät feierte Herr Prof. Dr. *Bischoff*, d. Z. Decan, den Doctor und Docenten *de Wette:* auch dieses Diplom war würdig ausgestattet und den Jubilar wie den Stand, den er vertrat und vertritt, hoch ehrend und erfreuend das Anerkennungsschreiben der hohen Regierung, das vor Allem dem unermüdlichen, pflichtgetreuen Physicus galt.

Noch folgte eine Reihe von Tafelreden und Telegrammen, die alle Zeugniss davon ablegten, dass hier und auswärts die regste Theilnahme der seltenen und verdienten Feier folgte.

Seinem verehrten Herrn Collegen und geschätzten Mitarbeiter entbietet auch das Corr.-Bl. herzlichen Glückwunsch!

St. Gallen. Med. Dr. *David Ebneter* † den 25. April in St. Gallen, 64 Jahre alt, ein vortrefflicher Mann und tüchtiger Arzt, früher sehr beschäftigter Chirurg, dann Hebammenlehrer, immer ein strebsamer und liebenswürdiger College. Er starb apoplectisch, während eines Krankenbesuches. Ehre seinem Andenken!

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. April bis 10. Mai 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Varicellen 5 Anzeigen aus Kleinbasel (6, 3).

Rötheln 7 Anzeigen, wovon 5 aus dem Birsthale.

Masern 5 Anzeigen, wovon 3 aus Kleinbasel.

Scharlach 15 Erkrankungen (7, 16, 13), wovon 7 in Kleinbasel.

Diphtherie 5 Fälle (7, 13, 5), darunter 2 von auswärts importirte.

Typhus 5 vereinzelte Fälle (7, 2, 2).

Erysipelas 10 Erkrankungen, zerstreut in allen Stadttheilen (7, 5).

Pertussis 15 Anzeigen, wovon 6 aus Kleinbasel (13, 21, 19).

Puerperalfieber 1 Fall auf dem Südostplateau.

Mumps 1 Fall in Kleinbasel.

Icterus 2 Anzeigen, Erwachsene betreffend.

Briefkasten.

Herrn Dr. *M.* in B.: Ihre Frage über die hygieinische Ausstellung in Berlin können wir nach einer brieflichen Mittheilung von College *J. M. L.* dahin beantworten: Die Hygieine-Ausstellung hat in den letzten Tagen ganz ungeahnte Fortschritte gemacht und ist jetzt der Hauptsache nach fertig. Manche Pavillons, der Thurm des Hauptgebäudes, einige Dutzend Aussteller in der grossen Halle sind noch im Rückstand. Das sog. „Normal-Wohnhaus" ist ebenfalls noch ganz unfertig; es ist übrigens mehr für den guten Geschmack als für Hygieine berechnet. Ueberhaupt steht Vieles hier, das man mit der Gesundheitspflege oder dem Rettungswesen nur schwer reimen kann, z. B. Parfümerien, Cigarrenspitzen, Geldbeutel (leere!). — Höchst interessant ist das Reichsgesundheitsamt, zumal die Abtheilung für Pilzfang und -Züchtung. — Unsere Fabrikinspectoren werden reiche Belehrung finden in den vielen dargestellten Einrichtungen zum Schutz der Arbeiter. — Besucher sollten nicht versäumen, die neuen Krankenanstalten, besonders die mustergiltige *Schröder*'sche Klinik, anzusehen. — Herrn Dr. *J. M. L—g* in Berlin: Besten Dank! Erzählen Sie weiter. Freundl. Gruss.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 11. XIII. Jahrg. 1883. 1. Juni.

Original-Arbeiten.

Zwei Fälle von Trichinosis.

Von Dr. **Sury-Bienz** (Basel).

Herr M., 26 Jahre alt, Wirth und Metzger in Basel, consultirte mich am 24. November v. J. mit folgender Anamnese: Pat. hat am 15. November ein Schwein geschlachtet und einen grossen Theil desselben sofort zu Würsten für seine Wirthschaft verwendet; bei der Herstellung dieser Würste hatte er nach seiner Gewohnheit 3—4 Esslöffel rohes Gehäck gegessen und hatte auch seiner Frau eine ganz kleine Portion davon gegeben.

Als er nun vor 2 Tagen wieder ein Schwein schlachtete und dasselbe nach gesetzlicher Vorschrift Herrn Schlachthausverwalter *Sigmund* vorwies, entdeckte derselbe in dem Fleisch des ersten Schweines zahlreiche Trichinen, über welchen Befund Ihnen Herr *Sigmund* selbst zu referiren die Freundlichkeit haben wird.

Der vorhandene Rest wurde natürlich sofort confiscirt, doch konnte nur noch ein Theil der Schinken und des Specks gefunden werden, da alles Uebrige längst verzehrt war.

Pat. fühlte sich seither vollkommen wohl, und auch von Seite der zahlreichen Gäste, welche jene Würste consumirt hatten, erging keine einzige Klage; doch waren Pat. und seine Frau die Einzigen, welche das Fleisch roh gegessen hatten.

Nur nach langem Zureden konnte ich Herrn M. nach 2 Tagen, also ca. 11 Tage nach dem Fleischgenuss, bewegen, ein prophylactisches Abführmittel zu nehmen; ich gab ihm 1,0 Calomel, um die Evacuation möglichst vollständig zu gestalten. Zu Mehrerem liess sich der sehr gleichgültige Kranke trotz allen Warnungen nicht bewegen.

Ich sah nun den Patienten erst am 8. December wieder. Nach seinen Angaben spürte er schon seit 6—7 Tagen Muskelspannungen an allen 4 Extremitäten und diffuse Schmerzen in den Gelenken derselben; daneben Appetitlosigkeit, allgemeines Unbehagen, Frösteln und seit 2 Tagen Schwellung beider obern Augenlider.

Bei meiner Untersuchung fand ich folgenden Status praesens: Mittelgrosses, mageres Individuum von sehr cachectischem Aussehen; beide obern Augenlider stark œdematös, aber nicht schmerzhaft und nicht geröthet; kein Exophthalmus. Kein Strabismus. Pupillen von normaler Grösse und Reaction. Zunge stark belegt, fœtor ex ore. Keine Heiserkeit. Kein Verschlucken. Temperatur Mgs. 38,8° C., Puls 90 p. M., kräftig, regelmässig.

Die physicalische Untersuchung der innern Organe ergibt absolut nichts; namentlich

21



ist keine Milzvergrösserung nachweisbar. — Kein Appetit, kein Brechreiz; Stuhlgang geregelt, von normaler Consistenz und Farbe (gestern Abend zum letzten Mal). Urinsecretion ebenfalls ganz normal, weder Eiweiss noch Zucker. Schlaf vortrefflich, keine Schweisse. An den Muskeln nirgends Druckempfindlichkeit, weder besondere Strammheit noch Erschlaffung; Sensibilität und Patellarreflexe absolut normal.

Abends Temp. 40,0° C.

Die Diagnose musste unter diesen Umständen auf Trichinosis lauten, und Herr Prof. *Massini*, der die Freundlichkeit hatte, Abends den Kranken anzusehen, bestätigte diese Diagnose.

Die Therapie bestand in Glycerin ($\overline{aa}$ mit Aq. dest.), 4 Mal täglich 1/2 Theelöffel voll und Abends noch einmal Calomel in Verbindung mit Jalappe ($\overline{aa}$ 1,0 in 4 halbstündigen Dosen).

9. December. Morgens 38,0, Abends 39,5. Reichliche Stuhlentleerungen. 10. December. Morgens 38,0, Abends 39,6. 11. December. Morgens 39,0, Abends 39,6.

Der Zustand war unterdessen vollständig gleich geblieben. Von heute an erhält Pat. statt des Glycerins täglich 3,0 Ol. Terebinth. 12. December Morgens 39,3, Abends 40,5 (Chin. sulf. 1,0). 13. December. Morgens 39,3, Abends 40,5 (Chin. sulf. 1,5).

Weniger Schmerzen, nur noch leichte Spannung in den Gelenken. Augenliderœdem fast ganz verschwunden. Kein Strabismus; weder Heiserkeit noch Verschlucken. Seit gestern Abend heftigen Stirnkopfschmerz. In den letzten Nächten wenig geschlafen. In den Muskeln nichts Besonderes nachzuweisen; nur ist Pat. schwach auf den Beinen, wenn er das Bett auf Augenblicke verlässt; neben dieser Schwäche ist auch etwas Steifigkeit vorhanden, aber keine Contracturen. Zunge noch stark belegt. Fœtor ex ore; wenig Appetit, viel Durst; kein Brechreiz; bisher täglich normaler Stuhl; heute zum ersten Mal seit dem Calomel am 8. etwas Diarrhœ (zwei breiartige, graue Stühle).

Urin eiweissfrei, riecht nach Veilchen (Terpenthin). Alle innern Organe absolut normal; namentlich keine Spur von Milzvergrösserung. 14. December. Morgens 38,4, Abends 39,5. 5 dünne, hellgelbe Stühle. 15. December. Morgens 39,5, Abends 39,9. Keine Diarrhœ mehr. Letzte Nacht sehr gut. Heute Schmerz beim Schlucken; beide Tonsillen leicht geschwellt und geröthet; auch etwas Husten. Auf den Lungen ist nichts zu finden. Milz normal. Keine Roseola. Kopfweh auf Eisumschläge verschwunden. Zunge reiner, weniger Fœtor; mehr Appetit. Schwäche und Steifigkeit in beiden Beinen eher etwas vermehrt, besonders in den Waden; dort auch etwas Druckempfindlichkeit und Härte in den Muskeln; auch die Flexoren der Oberschenkel etwas schmerzhaft. In den Kaumuskeln ebenfalls leichte Steifigkeit. Kein Verschlucken, keine Heiserkeit; kein Strabismus; Augenlider ganz abgeschwollen. Puls 96 p. m., sehr kräftig, regelmässig. 16. December. Morgens 37,5, Mittags 38,7, Abends 39,6. Letzte Nacht wieder Diarrhœ (5 Stühle); hatte auch etwas mehr Husten, leichte Dyspnœ und Stechen in der linken vordern Brustgegend. Von 1/2 2—1/2 7 Uhr dann ruhiger Schlaf; erwachte in Schweiss gebadet (erster profuser Schweiss); jetzt fühlt er sich sehr matt. Kein Kopfweh und kein Brechreiz. In der Ruhe spürt Pat. nirgends Schmerzen; nur beim Stehen sind ihm die Gelenk- und Muskelspannungen in den Beinen sehr lästig. Er hustet auch heute noch viel; Auswurf schleimig; hie und da etwas blutig gestreift. Die Angina ist noch ungefähr gleich wie gestern; auf den Lungen ist nichts zu finden; heute ist auch keine Dyspnœ mehr da. Zunge besser. 17. December. Morgens 38,7, Abends 39,6, 18. December. Morgens 37,2, Abends 37,4.

Pat. fühlt sich heute ausgezeichnet, so dass er seine Ungeduld nicht meistern kann und auf kurze Zeit aufsteht. Die Schmerzen in den Beinen und auch die Spannung fast ganz nachgelassen.

Der Kranke nimmt von heute an 3 Kapseln mit 0,3 Benzin. — Nachmittags 3 Uhr wieder starker Schweiss. 19. December. Afebril. 20. December. Morgens 38,0, Abends 38,8. Gestern und heute mehrmals starke Schweisse. 21. December. Morgens 37,1, Abends 38,0.

Heute weniger Schweisse; gar keine Schmerzen mehr; nur im Gehen noch etwas Wadensteifigkeit. Appetit ordentlich. Stühle 2—3 täglich, neuerdings etwas diarrhoisch (seitdem Pat. Benzin einnimmt). Von heute an 6 Kapseln täglich. 22. December. Morgens 37,1, Abends 38,2. 23. December. Afebril.



Hie und da noch kleine Schweisse. Pat. ist nicht mehr zu zügeln; er steht auf und geht sogar etwas aus (Geschäftsänderung und Auszug). 24. December. Afebril. Bleibt heute wegen geringem Oedem beider Füsse auf mein dringendes Verlangen im Bett. Urin eiweissfrei. Alle Organe normal. 30. December. Stets afebril.

Das Oedem der Füsse hatte nur 1 Tag gedauert. Seither gänzliche Reconvalescenz. Appetit ausgezeichnet; nur hie und da noch ganz kleine Steifigkeiten in den Waden. Keine Oedeme mehr. Auch die Schweisse sind gänzlich ausgeblieben. Benzin ausgesetzt; dafür etwas Eisen. 14. März 1883. Seither vollkommen gesund und arbeitsfähig.

Ich hatte früher dem Kranken wiederholt vorgeschlagen, sich etwas Muskelsubstanz ausschneiden zu lassen, zum Zwecke einer microscopischen Untersuchung nach Trichinen; mein Verlangen wurde aber wiederholt abgeschlagen, und ich muss gestehen, dass ich auch nicht allzu grosses Gewicht auf die Erfüllung dieses Wunsches legte. Denn der ganze Fall war doch allzu klar, um zur Sicherung der Diagnose eines solchen Hülfsmittels zu bedürfen, das während des hohen Fiebers doch nicht ohne alle Gefahr, und nachher auch nicht gut erreichbar war, weil die ganze Reconvalescenz in Folge der Geschäftsverhältnisse des Kranken ausserordentlich musste abgekürzt werden.

Heute nun, bei der letzten Revision des Genesenen, äusserte er selbst den Wunsch, sich dem Experimente zu unterziehen. Herr Prof. *Socin* war denn auch so freundlich, heute Mittag in seiner Privatklinik unter localer Anästhesirung dem Patienten ein kleines Stück Biceps auszuschneiden. Herr Prof. *Roth* hat das Excidirte sofort untersucht und hat darin wirklich Trichinen gefunden.

Damit nun erreicht der ganze Fall wohl seinen klaren und sichern Abschluss und dürfte in der Promptheit seines Verlaufs fast einem Experimente am Menschen verglichen werden.

Wie oben bemerkt, hat die 31jährige Frau des vorgenannten Metzgers ebenfalls von jenem rohen Wurstgebäck gegessen, allerdings nur eine kaum erbsengrosse Portion. Ca. 10 Tage später klagte sie ebenfalls über leichte Schmerzen und Spannungen in beiden Waden, neben einer allgemeinen Mattigkeit. Nach 2—3 Tagen verschwanden diese alleinigen Symptome spurlos, trotzdem Frau M. dann 3 Wochen lang in angestrengtester Weise ihre Zeit und ihre Kräfte dem Geschäft, dem Umzug und der Pflege ihres kranken Mannes widmen musste.

Unsere Epicrise kann ziemlich kurz sein, da der zweite Fall ganz unbedeutend und der erste so unzweifelhaft klar ist.

Ueber die Diagnose konnte wohl nie ein Zweifel walten, da der Ausbruch der Krankheit genügend signalisirt war. — Aber auch wenn die Anamnese nicht solchen Aufschluss geboten hätte, wäre wohl eine andere Diagnose kaum möglich gewesen, trotzdem ja der Gedanke an Trichinose unserer Praxis sehr ferne liegt.

Jede andere Krankheit war da auszuschliessen; höchstens an eine acute Miliartuberculose hätte man vielleicht denken können; aber dafür fehlte jede Heredität und zudem auch jede Gelegenheitsursache (verkäste Drüsen, Exsudate etc.). Gegen Typhus sprach das andauernde Fehlen jeder Milzschwellung; auch der Gang des Fiebers deutete keineswegs darauf hin.

Dagegen waren hauptsächlich 2 Symptome, welche auch ohne Anamnese unsern Verdacht hätten auf Trichinose hinleiten müssen: die eigenthümlichen Lähmungs- und Spannungssymptome in den Beinen und dann vor Allem das Oedem der Augenlider, besonders nach sicherem Ausschluss eines Nervenleidens.

Die Incubationszeit beträgt bei der Frau ca. 10 Tage, beim Mann ca. 16 Tage, also in beiden Fällen dem gewöhnlichen Modus entsprechend.

Der Verlauf ist bei Frau M. ein ganz leichter, wohl wegen der so sehr geringen Menge des eingeführten Infectionsstoffs; beim Mann dagegen entspricht der



Verlauf einem ziemlich schweren Falle. Das ca. 20 Tage anhaltende hohe Fieber (2 Mal 40,5° C.), und dann namentlich die profusen Diarrhœen schienen die Prognose etwas zu trüben; doch gab anderseits das nicht allzu kurze Incubationsstadium und dann die sehr geringe Affection der Respirationsmuskeln Grund, einen günstigen Ausgang zu hoffen.

Was die Therapie anbelangt, bestand sie in Evacuantien, sowohl prophylactisch als nach dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit; dann wurden Glycerin, Terpenthinöl und zuletzt Benzin gegeben. Chinin blieb dem Fieber gegenüber gänzlich machtlos.

In der uns sicher signalisirten Incubationszeit scheiterten all' unsere therapeutischen Vorschläge an der energischen Zurückweisung von Seite des Kranken, der trotz allem Zureden die drohende Gefahr nicht einsehen wollte. — Ob die angewandten Anthelminthica wirklich etwas genützt haben oder nicht, wage ich nicht zu entscheiden; nur das möchte ich constatiren, dass alle drei Medicamente, Glycerin, Terpenthin und Benzin, in relativ hohen Dosen gut ertragen wurden. — Natürlich wurde in der ganzen Zeit, namentlich in der zweiten Hälfte bei der Rückkehr des Appetits, auf möglichst gute Ernährung gesehen.

So viel mir bekannt, sind diese 2 Fälle die ersten, welche in der Schweiz diesseits des Gotthards am lebenden Menschen beobachtet worden sind.

Nach der eingehenden Arbeit von Herrn Prof. *Roth* im Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte (1880 pag. 129 u. ff.) gab es bis jetzt nur eine einzige kleine Epidemie in der Schweiz, im Canton Tessin, im Winter 1868/69. Dort wurde eine ganze Familie durch ein aus dem Canton stammendes Schwein stark inficirt; 9 Erkrankungen mit 5 Todesfällen.

An Leichen dagegen sind hier in Basel schon mehrmals Trichinen aufgefunden worden:

1) Von Herrn Prof. *Miescher* sen. schon vor vielen Jahrzehnden bei 2 Fremden, welche hier auf der Durchreise an einer andern Krankheit starben.

2) Von Herrn Prof. *Roth*, ebenfalls 2 Mal;[1]) beide Trichinenträger hatten sehr wahrscheinlich ihre Infection in Basel resp. Mönchenstein geholt; auch bei diesen liegt keine klinische Beobachtung ihrer Trichinose vor; von dem Einen ist bekannt, dass er 25 Jahre vor seinem Tode bei einem Schweinemetzger in Basel als Knecht einige Jahre lang gedient, aber nie eine der Trichinosis ähnliche Krankheit durchgemacht habe; von dem Andern wird angegeben, dass er anno 1873, also 7 Jahre vor seinem Tode, in Mönchenstein als Metzgerknecht mit 2 Collegen zusammen eine Krankheit durchgemacht habe (Erbrechen und Durchfall) — (Cf. Dr. *Th. Zäslein*, Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1881, pag. 684.)

3) Von Herrn Prof. *Wille* 1 Fall bei einem 54jährigen Paralytiker (obducirt anno 1880), der früher Metzgerknecht gewesen und Basel in seinem ganzen Leben nie verlassen hatte (l. c.).

In unserm Falle ist die Nationalität des inficirenden Schweines, ebenfalls wie im Tessiner Falle, eine schweizerische; dasselbe wurde in der hiesigen Wasen-

[1]) Ueber einen dritten Fall cf. Sitzungsbericht d. medic. Gesellsch. v. Basel 15. März 1883 in nächster Nummer dieser Zeitschrift.



meisterei aufgezogen und von dort aus verkauft — eine Einrichtung, welche seither sanitätspolizeilich aufgehoben wurde.

Auf einen practisch lehrreichen Punct möchte ich noch aufmerksam machen, dass, trotzdem fast das ganze, stark trichinöse Schwein verzehrt worden, doch nur allein diejenigen 2 Personen erkrankt sind, welche nachweisbar rohes, ungekochtes Fleisch gegessen hatten — eine ernste Mahnung, die Trichinengefahr auch bei unserm einheimischen Schweinefleisch nicht allzu leicht zu nehmen und alles Schweinefleisch nur gut durchgekocht zu essen. Eine derartige, private Prophylaxis ist allein wirksam; die amtliche Trichinenschau kann doch nie so genau durchgeführt werden, dass alle und jede Möglichkeit eines Uebersehens sicher ausgeschlossen ist. Einen classischen Beweis für die Richtigkeit dieser Ansicht liefert uns eine Trichinenepidemie, welche anno 1877 in Leipzig grassirte; dort stammten die trichinösen Würste, welche gegen 200 Personen inficirten (nur 1% Mortalität), aus Braunschweig her, einer Stadt, wo die amtliche Trichinenschau schon lange auf's Strengste durchgeführt worden, während in Frankfurt selbst bei mangelnder Trichinenschau sonst nur sehr selten solche Fälle vorgekommen waren (cf. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1878, pag. 124).

Vereinsberichte.

Ordentliche Herbstsitzung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Zürich.

Dienstag, den 14. November 1882, im Saale des Linthescherschulhauses. [1])
Anwesend 60 Mitglieder.
Präsident: Prof. *Oscar Wyss*, Actuar: Dr. *Hans v. Wyss*.

Der Präsident eröffnet die Sitzung mit der betrübenden Mittheilung, dass der Tod im verflossenen Jahr reiche Ernte unter den Mitgliedern der Gesellschaft gehalten hat. Es sind derselben entrissen worden die Herren: Dr. *Rahn-Escher*, Dr. *Meyer-Hofmeister* in Zürich, Dr. *Gubler* in Turbenthal, Bezirksarzt *Rösli* in Rüti, *H. H. Wild*, *M. J. Schmid* in Adlisweil, Dr. *Schüle* in Regensberg, Dr. *Schoch* in Ohringen, Dr. *Treichler* in Maschwanden.

Die Gesellschaft beschliesst wegen der ungewöhnlich reichen Tractandenliste für diese Sitzung ausnahmsweise keine Verlesung der Necrologe, sondern Publication derselben. Nach Mittheilung des Präsidiums wird diese, soweit sie nicht anderweitig erfolgt, in den Blättern für Gesundheitspflege geschehen.

Ausgetreten sind aus der Gesellschaft: die Herren Prof. Dr. *Ziegler* in Folge Wegzugs nach Tübingen und Dr. *Hauser* in Aussersihl.

Zur Aufnahme angemeldet haben sich die Herren *Adolf Beust*, *Wilhelm Schulthess* und Dr. *Keller* in Oerlikon.

Zunächst erhält das Wort zu einem Vortrag Herr Prof. *Klebs*.

Derselbe spricht über die Ursache der Geschwulstentwicklung,

[1]) Erhalten 11. Mai 1883.



indem er zunächst die von ihm eingeführte Eintheilung in Infections- und Organoid-Geschwülste hervorhebt. Während für die ersteren ihre Entstehung aus der Einwirkung organisirter Krankheitserreger feststehen dürfte, liegt über derjenigen der letztern vollkommenes Dunkel ausgebreitet. Ihre gemeinsame Grundlage ist ein selbstständiges Gefässsystem, dessen Entwicklung auch die Persistenz der ihnen eigenthümlichen Wachsthums- und Ernährungsvorgänge bedingt. Dieser Gesichtspunct ist gegenüber der üblichen rein histologischen Sonderung dieser Geschwülste mit Unrecht etwas in den Hintergrund gedrängt worden; wenn wir von Epithelgeschwülsten sprechen, so wollen wir damit ausdrücken, dass die Epithelien auf einem abnormen Grundgewebe abnorm sich entwickeln, entweder übermässig, aber sonst im Typus, den sie normaler Weise an der Stelle besitzen (Epithelioma simpl., Adenom), oder abnorm, atypisch (Carc. epitheliale oder Epithelioma carcinomatodes).

Wenn wir diesen Vorgängen näher treten wollen, so sind 2 Fragen zu lösen, einmal wodurch die hyperplastische Entwicklung des Gefässsystems innerhalb der Geschwulst bedingt wird, dann worauf die abnorme, atypische Entwicklung der Gewebe beruht. Für die erstere glaube ich einen Beitrag liefern zu können, in einem Falle von Riesenwuchs, welchen ich durch die Güte von Dr. *Fritsche* in Glarus Gelegenheit hatte, näher zu untersuchen [1]) und von dem ich hier eine Anzahl von Präparaten vorlegen kann, die zum Theil schon macroscopisch die besonderen Störungen am Gefässsystem erkennen lassen, welche dem Vorgange der Hyperplasie der Gewebe zu Grunde liegen. Dass dieselben besonderer Art sein müssen, ergibt sich aus ihren Folgen, indem sie zu dauernder Vergrösserung der Theile führen, während die im Gefolge einfacher entzündlichen Processe auftretenden geschwulstartigen Bildungen, z. B. Granulationen, nur eine beschränkte Entwicklungsfähigkeit besitzen und früher oder später der Rückbildung verfallen. Es genügt daher nicht zu sagen, dass die entzündliche Gefässneubildung die Grundlage der organoiden Geschwulstentwicklung darstelle; wenn auch gelegentlich ein entzündlicher Ursprung der letzteren nachweisbar ist, so mangelt doch noch der Nachweis der besondern Störung an dem Gefässsystem, welche der dauernden Weiterentwicklung der Gewebe zu geschwulstartiger Bildung zu Grunde liegt und eben nur stellenweise und durchaus nicht ausschliesslich in entzündlichen Processen entsteht.

Nachdem der Vortragende die Eigenthümlichkeiten und die verschiedenen Formen des Riesenwuchses erläutert hat, sucht derselbe auf Grund zweier neuen Fälle nachzuweisen, dass es sich bei diesem Zustande, der als wahrer Typus der organoiden Geschwulstbildung betrachtet werden kann, um einen rein pathologischen, erworbenen Zustand handelt, und keineswegs, wie dieses *Cohnheim* in zu allgemeiner Weise für die organoiden Geschwülste annimmt, um eine fötale Anlage, seien es Reste eines fötalen Gewebes oder eine mangelhaftere Umbildung desselben. Vielmehr lässt sich nachweisen, dass der neue Wachsthumstrieb, welcher in solchen Fällen nach Abschluss des allgemeinen Körperwachsthums eintritt, von einer bestimmten Veränderung des Gefässsystems abhängt, welche, da sie zu

[1]) Vergl. auch Corr.-Bl. 1883, Nr. 6, S. 162.



einer Vascularisation der Arterienwand und insbesondere zu einer Beeinträchtigung ihrer Muskelschicht führt, als vasculäre oder rareficirende Arteritis bezeichnet werden kann.

An denjenigen Partien, an denen das progressive Wachsthum noch fortdauert, sind die kleineren Gefässe, Arterien und Venen enorm dilatirt, die Wandung der ersteren ausserordentlich verdünnt; in ihrer Umgebung ist das Gewebe von reichlichen Mengen lymphatischer Elemente durchsetzt, unter denen auffallend zahlreiche, durch kernfärbende Anilinfarbstoffe intensiv gefärbte „Mastzellen" vorkommen, welche wahrscheinlich das Material für die pathologische Histiogenese der dem mittleren Keimblatt entstammenden Organe liefern, während die Hyperplasie der Epithelien auf die reichere Durchtränkung der Gewebe mit Ernährungsflüssigkeit zurückzuführen ist.

An den grösseren Arterien dagegen ist der Process weiter vorgeschritten bis zur Bildung ausserordentlich weiter Gefässlücken, welche die Muskelschicht durchsetzen und an vielen Orten die Substanz derselben in hohem Grade verdrängt haben. Wo dieser Process am weitesten fortgeschritten und demgemäss die stärkste Usur der Muskelschicht stattgefunden, haben sich Auflagerungen bindegewebiger Schichten auf die Innenfläche der Gefässwand gebildet, durch welche theilweise sehr beträchtliche Verengerungen des Lumens bedingt werden. Die primäre Dilatation des Gefässrohres wird hiedurch aufgehoben und Seitendruck und Stromgeschwindigkeit in den peripheren Theilen des gleichen Stromgebietes herabgesetzt. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass auch dieser Umstand, neben und nach der primären Gefässerweiterung, zur Unterhaltung des übermässigen Vegetationsprocesses, resp der Zellemigration in diesen Theilen wesentlich beiträgt.

Von dem Beweismaterial für diese Anschauung kann hier nur Weniges angeführt werden und verweisen wir auf eine spätere ausführliche Publication:

„Peter Rhyner von Elm (Glarus), geboren 1838, war bis zu seinem 36. Lebensjahr vollständig kräftig und gesund, niemals einer erheblichen Krankheit verfallen. Erst zu dieser Zeit begann eine auffallende Vergrösserung der Enden der Extremitäten, sodann des Kopfes, besonders der vorragenden Theile des Gesichts, sowie des Unterkiefers, der Zunge, Lippen und der Ohrmuscheln. Die Gesammtlänge verringerte sich dagegen, indem eine zunehmende Krümmung der Rückenwirbelsäule eintrat.

Der bei seiner Vorstellung in Stachelberg am 22. September 1882 noch im Uebrigen gesunde Mann erlag bald darauf unter schnell sich folgenden Ohnmachtsanfällen (Dr. *Fritsche*). Die Obduction, am 29. September von dem Vortragenden im Glarner städtischen Krankenhause ausgeführt, ergab eine allgemeine, höchst auffallende Vergrösserung aller festen und weichen Bestandtheile des Körpers, deren relative Zunahme in der Weise Verschiedenheiten darbietet, dass die am meisten vom Circulationscentrum entfernten, sodann auch die besonders gefässreichen Theile die erheblichste Zunahme erfahren haben. Von den symmetrischen Theilen haben diejenigen der r. Seite eine etwas erheblichere Zunahme erfahren, als diejenigen der l. Seite; endlich ist die Vergrösserung der Theile in der Regel bedeutender in der Breite, als in der Längsrichtung.



Einige Ziffern mögen dieses erläutern, zum Vergleich dienen die an mir selbst aufgenommenen Maasse, in Cm. ausgedrückt:

	P. Rh.	E. K.
Kopf, grösste Breite über den Ohren	16	15,5
„ „ Länge (Glab. Prot. occip.)	20	19,5
Jochbogenbreite	16	14,5
Nasenbreite	5,5	2,9
Nasenlänge	6	5,2
Mundbreite	6,5	4
Abstand der äussern Augenwinkel	12	6
„ „ innern „	5	2,5
Kinn, Protub. occipitalis	29	23,5
Kinn, Unterkiefergelenk r.	15,6	12
„ „ l.	15,2	
Länge des Ohres r.	9	6
„ „ „ l.	8,5	
Extremitäten, Fusslänge r.	29,0	24,0
„ l.	28,0	
Länge der grossen Zehe r.	9,0	7,0
„ „ „ „ l.	8,0	
Umfang der grossen Zehe	12,0	9,5
Fusssohle Sp. il. ant. sup.	103,0	101,0
Länge des Mittelfingers r.	11,5	9,5
„ „ „ l.	11,0	
„ der Mittelhand r.	11,0	10,0
„ „ „ l.	11,0	
„ des Vorderarms r.	26,0	22,0
„ „ „ l.	26,0	
„ „ Oberarms r.	33,0	27,0
„ „ „ l.	33,5	
Gesammtlänge des Arms r.	81,5	68,5
„ „ „ l.	81,0	

So bedeutend auch diese Vergrösserungen einzelner Theile des Knochengerüstes erscheinen mögen, so erscheinen diejenigen der Weichtheile dennoch viel erheblicher. Z. B. beträgt das Hirngewicht 1800 grmm. (Maximum nach *Huschke* 1424 grmm.),[1]) dabei besitzt der Pons an der Trigeminuswurzel eine Breite von 4,5 bei einer Länge (sagittal) von 3,2 cm., die Länge vom vordern Ende des Corpus striatum zum hintern des Thalamus opt. beträgt 8,3 cm.

Da das Schädeldach nicht erheblich vergrössert, so muss der Raum für das vergrösserte Gehirn vornehmlich an der Basis gewonnen sein, wofür auch der Augenschein sprach, sowie die relativ bedeutendere Zunahme des Gesichtsskeletts.

Noch auffallender tritt die Einwirkung der stärker wachsenden Weichtheile

[1]) *Virchow* (Schädelgrund) fand in 4 Fällen von Hirnhypertrophie 1675—1911; aussergewöhnliche Gewichte hatten die Gehirne von Cuvier (1829), Lord Byron (2238).

auf die Knochen an der Hypophysis hervor, welche, zu der Grösse einer mässigen Wallnuss herangewachsen, aus der vertieften, in jeder Richtung erweiterten Grube der Sella turcica gut 2 cm. hervorragt und die Optici etwas zur Seite drängt. Es ist von ausserordentlichem Interesse, dass nach der Krankengeschichte von Herrn Dr. *Fritsche* P. Rhyner eine Abnahme seines Gedächtnisses, sowie der Schärfe des Sehvermögens bemerkt haben will, während seine psychischen Fähigkeiten durchaus nicht verändert waren.

Die Vergrösserung der Hypophysis ist auch von *Langer* aus dem Schädel eines Riesen aus der Vertiefung der S. turcica erschlossen worden.

Eine fernere sehr bemerkenswerthe Spur dieses gegenseitigen Verhaltens der weichen und festen Theile liefert die Deformität des Unterkiefers, welche nicht blos auf eine Zunahme des Längenwachsthums des Knochens zurückbezogen werden kann, bei der vielmehr die enorme Vergrösserung der Zunge (Länge, Breite) einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung der Prosopoectasie ausübte, wie sie *Taruffi* [1]) (in Bologna) in einem ähnlichen Falle bezeichnete. Der letztere ist besonders bemerkenswerth durch eine Ausbiegung des Gelenkfortsatzes nach hinten, der sich auch in einem analogen, von Prof. *H. v. Meyer* der Sammlung einverleibten Schädel vorfindet.

Endlich sei hier noch gedacht einer Eigenthümlichkeit, welche bei P. Rhyner, sowie bei dem letztgenannten Schädel in auffallendster Weise vorhanden ist, bei andern Riesenschädeln nicht erwähnt wird *(Langer)*, oder nicht so stark hervortritt *(Taruffi)*, es ist dieses eine Erweiterung des Planum temporale oder semicirculare nach oben hin. Am Schädel des P. Rhyner beträgt der geringste Abstand der Lineæ semicirculares sup. nur 2,5, an dem Riesenschädel der Zürcher path.-anat. Sammlung *(H. v. Meyer)* schon 7 cm. Die Veränderung ist also in der That nicht bei allen Riesenschädeln in gleicher Weise ausgebildet. Unter dem Einflusse des in neuerer Zeit so beliebten Hyper-Darwinismus könnte man, da die Oberfläche der zwischen den halbkreisförmigen Lidern gelegenen Knochenpartien hervorragt, an eine Affenähnlichkeit denken und Atavismus vermuthen. Indessen ist nichts dergleichen vorhanden, die Temporalmuskeln sind sogar auffallend schwach entwickelt und reichen nur bis zu der unteren halbkreisförmigen Linie. Es ist demnach das Heraufrücken der äussern Linie zwar auch der Erfolg eines stärkeren Zuges, der von dem Proc. temporalis mandib. aus wirkt, aber nicht durch eine grössere Leistung des Muskels bewirkt wird, sondern von der Verbreitung der Schädelbasis abhängt.

Somit ergibt sich für das allgemeine pathologische Wachsthum das Gesetz, dass dasselbe um so erheblicher und wirkungsvoller sich gestaltet, als das einzelne Organ reicher an einzelnen Wachsthumscentren (Zellen und Blutgefässe); der stärker wachsende Theil verdrängt den schwächer wachsenden, auch wenn dieser sich durch seine grössere Härte auszeichnet (Knochen).

Demselben Gesetz begegnen wir bei allen Geschwulstbildungen, welche somit auch in dieser Beziehung principiell gleichwerthig erscheinen dem allgemeinen

[1]) *Cesare Taruffi*, Sceletro seu Prosopoectaria e tredori vertebre dorsali. Bologna, 1879.



Riesenwuchse. Auch bei diesem spielt, wie schon früher nachgewiesen wurde (*Klebs*, Beitr. z. Geschwulstlehre, Prag. Vierteljahrsschr.), die primäre, für die atypische Fortentwicklung der Theile entscheidende Rolle.

Eine Discussion über diesen Vortrag fand nicht statt.

Es folgt als weiteres Tractandum die Revision der Statuten. Es werden die neuen Statuten mit unwesentlichen Abänderungen nach dem Vorschlage des grösseren Comité genehmigt. Der wesentliche Unterschied gegenüber dem frühern besteht darin, dass in Zukunft eine einfache Beitrittserklärung der im Canton niedergelassenen, staatlich geprüften Aerzte, sowie der Mitglieder der medicinischen Facultät zur Aufnahme in die Gesellschaft genügt.

4) Herr Dr. *Jenny* in Wädensweil erhält das Wort zu einer Demonstration.

Ich habe die Ehre, Ihnen hier einen Fall einer jetzt geheilten ganz eigenartigen Halsverletzung vorzustellen, der eigentlich mehr das anatomische als das chirurgische Interesse in Anspruch nimmt.

Der hier anwesende Herr J. v. W. wollte den 14. Septbr. a. c. auf einer Leiter einen Baum besteigen, um Birnen herunterzuthun. In der rechten Hand hielt er zu diesem Zweck einen sog. „Stickel". Auf einer Höhe von circa 40′ bricht die Leiter und Herr J. fällt mitsammt dem Stickel rücklings zur Erde, der Stickel zerbricht, auf dem Boden anprallend, und Hr. J. stösst sich denselben unwillkürlich in die rechte Seite des Halses. Der Stab durchbohrt den Hals gänzlich, ragt rechts und links über den Hals hinaus. Der Verletzte blieb aber trotz des hohen Falles bei vollem Bewusstsein. Sofort herbeigeeilte starke Männer bemühten sich nun umsonst mit Aufwand aller Kräfte den Stab aus dem Hals herauszuziehen. Als ich bald darauf zur Stelle war, fand ich den Pat. auf dem Bauche im Bett liegend, beim Bewusstsein, heftig über Schmerzen jammernd und um Befreiung bittend. Der Stab stak noch in gleicher Weise im Hals, rechts ragte er circa 18 cm., links 7 cm. über den Hals hervor; in einer Länge von 13 cm. war er von einer dicken Schicht Musculatur bedeckt. Blutung war merkwürdigerweise keine vorhanden. Die Schmerzen waren durch die Extractionsversuche noch vermehrt worden.

Eine genauere Untersuchung zeigte nun, dass der Stab unmittelbar unterhalb des Proc. mastoideus und vorhalb des rechten Sternocleidomastoideus, unter demselben durch den obersten Theil des Trigonum cervicale anterius eingetreten war, ungefähr in der Mitte zwischen Angulus mandibulæ und unterem Rand des Ohrläppchens und tief unter der Halsmusculatur zwischen dieser und der hintern Seite der obersten Halswirbel durchgedrungen, und links etwas weiter oben am äussern Rand des linken Cucullaris wieder zur Haut herausgetreten war, 7,5 cm. vom linken Ohrläppchen entfernt, 1 cm. höher als dessen unteres Ende. Zwischen dem Stab und der Haut war besonders rechts eine circa 2 Finger dicke Muskelschicht fühlbar, am deutlichsten der Bauch der Sternocleidom. und des l. Cucullaris. Ein Probezug am Stab, dessen rechte vorstehende Parthie eine prächtige Handhabe bildete, musste einen sofort überzeugen, dass es unmöglich resp. höchst unwahrscheinlich sei, den Stab so geradenwegs herauszuziehen; der Stab stack wie eingemauert. Offenbar war dies nur möglich in der tiefsten Narcose; diese war einmal indicirt, um dem Verletzten den Schmerz während des Herausziehens zu ersparen, zweitens weil nur bei tiefster Erschlaffung der Widerstand der krampfhaft den Stab umschliessenden und gegen die Wirbelsäule drückenden Muskeln gebrochen werden konnte und drittens um dem Ziehenden den Muth und die nöthige Ruhe zu verleihen, energisch und doch ruhig und stetig zu ziehen. Glücklicherweise war der Stab sehr glatt, ohne Rinde, kleine Rauhigkeiten an der Spitze beseitigte ich noch vorher. Pat. wurde also tief chloroformirt und der stärkste anwesende Mann angewiesen, mit höchster Kraft ruhig und stet zu ziehen. Sie können sich einen Begriff von der Festigkeit machen, mit der der Stab im Halse stack, wenn ich Ihnen sage, dass der erste mit voller Kraft ausgeführte Versuch, bei welchem der Ziehende mit der rechten Hand zog und mit der linken die Schulter fixirte, misslang; erst der zweite, wobei er mit zwei Händen zog, während zwei Andere den Schultergürtel fixirten, gelang. Glücklicherweise war der Stab ganz geblieben und merkwürdigerweise ergoss sich nur ein Minimum von Blut, kaum einige Esslöffel voll. — Damit war die



Hauptsache gelungen. Ich war nun sofort darauf bedacht, die Wunde mit Carbolwasser möglichst zu reinigen und einen in Carbolwasser gelegenen Drain durch den 13 cm. langen Wundcanal zu ziehen, um den zu erwartenden Wundflüssigkeiten den steten genügenden Abfluss zu verschaffen. Das Einführen des Drains war nicht leicht, da sich gleich nach dem Herausziehen der Pat. bewegt und die Halsmusculatur sich verschoben hatte; schliesslich gelang es mir mittelst eines desinficirten weiblichen Catheters. Nun wurden beide Wunden mit in Carbolwasser getränkten Compressen bedeckt, die beiden Enden der Drainageröhre wurden ebenfalls verbunden und in feuchte Carbolcompressen eingewickelt.

Der nachherige Wundverlauf interessirt Sie wohl weniger; ich will dabei nur anführen, dass ich andern Tags die beiden Wunden mit 8%iger Chlorzinklösung begoss, den Drain mit 1%iger Chlorzinklösung und nachher Carbolwasser durchspritzte, und dann 14 Tage lang anfangs zweimal täglich, später täglich einmal den Drain mit Carbolwasser durchspühlte, die Wunden irrigirte und mit Carbolwassercompressen bedeckte und verband. Die Eiterung war anfangs etwas stärker, später geringer. Der Drain konnte immer durchgängig erhalten werden. Nach 14 Tagen begann ich — immer nach vorausgegangener Carbolirrigation und Durchspühlung die beiden Wunden mit Jodoform zu bepulvern, da beide, besonders die linke, anfing etwas graulich-weissen Belag zu zeigen und die linke Wunde ziemlich gross war und geringe Tendenz zur Verkleinerung zeigte. Durch den Drain spritzte ich Jodoformglycerin 1 auf 5, und bedeckte die Wunden mit Carbolwattebauschen, welche mit Jodoformglycerin und darauf einer Schicht Jodoformpulver bedeckt waren. In der That machte die Heilung, resp. die Verkleinerung der Wunden von Stund an grosse Fortschritte, die Eiterung war gering, der Eiter stets bonum et laudabile, Fieber blieb während der ganzen Zeit aus, die Asepsis war also erreicht. Unter dieser bis zuletzt so fortgesetzten Behandlung waren die Wunden und der Wundcanal nach 7 Wochen verheilt. Merkwürdigerweise klagte Pat. nie über erhebliche Schmerzen im Hals, sondern nur über Kopf- und Rückenschmerzen und über die Schmerzen, die ihm eine gleichzeitig gebrochene Rippe verursachte.

Mehr als die Behandlung wird Sie wohl die Frage interessiren, welchen Weg der Stab genommen habe, um es möglich zu machen, diese gefährlichen Stellen zu passiren, ohne grössere als die gesetzten Verletzungen zu machen. Denn in der That ist an dieser Verletzung nicht das interessant, was verletzt wurde, sondern was unverletzt blieb. Vergegenwärtige man sich nur einmal die anatomisch so schöne Gegend des Trigonum cervicale anterius, und zwar nur speciell dessen obern Winkel, in welchen der Stab eindrang, mit der hier vorliegenden Vena jugularis externa, der Carotis externa und interna, Arteria occipitalis, Art. auricularis posterior, Art. maxillaris interna, dem Nervus facialis, hypoglossus, Vagus, N. auricularis posterior, N. occipitalis major, N. Spinalis cervicalis und vergleiche man damit die geringgradige Verletzung, den Mangel einer erheblichen Blutung, das Ausbleiben einer Lähmung, trotzdem der Stab fast fingerdick ist, so kann man wohl von einer rara avis sprechen.

Angesichts der minimalen Blutung und besonders der unbedeutenden Eiterung, der normalen Beweglichkeit des Kopfes muss man sich weiter sagen, dass der Stab wahrscheinlich auch nur wenige Muskeln verletzt hat, obgleich er vielen begegnen musste; ganz bestimmt musste er durchstossen ausser der Haut: die Parotis, das Ligament. nuchæ und links den Splenius capitis und den Cucullaris. Im Uebrigen müssen wir uns den Weg, den der Stab nach seinem Eintritt vorhalb des Sternocleidom. bis zu seinem Austritt genommen hat, eher vorstellen als ein Durchschlüpfen zwischen oberflächlichen und tiefern Muskelschichten, wobei wohl einzelne Muskeln werden durchstossen worden sein, nämlich von rechts nach links gezählt zwischen Sternocleidom., Splenius colli, Splenius capitis einerseits und

den tiefer gelegenen Transversalis cervicis, Tracheomastoideus, Complexus und Biventer anderseits.

Fragt man sich nun, wie es möglich wurde, dass ein gerader Stab eine scheinbar convexe Bahn durchsetzen konnte, ohne Atlas und Epistropheus erheblich zu verletzen, so beruht dies einfach darauf, dass der Verletzte während des Sturzes den Kopf unwillkürlich stark nach rückwärts resp. nach hinten unten neigte, da er erwiesenermaassen rücklings hinunter fiel; höchst wahrscheinlich hielt er den Kopf etwas nach rechts gedreht; da er den Stab in der rechten Hand und sich selbst links an der Leiter hielt; in dieser Stellung war der Splenius capitis erschlafft; als daher der Stab mit aller Wucht genau vorhalb dem Sternocleidomastoideus eintrat, wie neben einem Pfeiler vorbei, gestattete ihm der erschlaffte Splenius capitis das Hinein- und Durchschlüpfen zwischen den oberflächlichen und tiefern Muskelschichten, und in dieser Kopfstellung war auch die vom Stab zu durchlaufende Bahn eine mehr gerade; die in der Gegend zwischen Linea semicircularis oss. occipitis einerseits und Atlas-Epistropheus und den folgenden Halswirbeln befindliche Muskelmasse schützte dann wohl den Atlas-Epistropheus vor der Verletzung.

Die Verletzung ist demnach einer Bajonnetwunde zu vergleichen; indessen werden Sie mit mir der Meinung sein, dass man x mal absichtlich mit einem Bajonnet oder Stab diese Gegend durchstechen könnte, bis es einem nur einmal gelingen würde, nur so geringe Verletzungen herbeizuführen.

5) Hierauf bringt Bezirksarzt Dr. *Sigg* in Andelfingen ein Referat über die Decentralisation der cantonalen Krankenanstalten. Diese Frage bedarf einer gesonderten Besprechung neben derjenigen der unentgeltlichen Krankenpflege und fällt zusammen mit dem Verlangen nach einer solchen Vermehrung, eventuell Erweiterung der cantonalen Krankenanstalten, um allen Denjenigen eine Spitalbehandlung zu ermöglichen, die eine solche wünschen resp. bedürfen. Es steht ausser Zweifel, dass der Cantonsspital schon lange Zeit den Forderungen Seitens der armen cantonsangehörigen Kranken nicht mehr genügend entsprechen kann.

Wenn durchschnittlich im Jahre circa 450 Abweisungen vorkommen, so sind diese nur zum Theil durch den Mangel der für die Aufnahme nothwendigen Requisiten (Heilbarkeit in Krankheit oder dann Lebensgefährlichkeit oder Ansteckungsgefahr) begründet, zum grösseren Theil aber durch Mangel an Platz, obschon die Bettenzahl seit dem Jahr 1842 von 270 auf 383 vermehrt worden ist (wesentlich durch Errichtung eines eigenen Pockenspitals). Nach Abrechnung der Betten für die Inficirten würde also der Cantonsspital ein Bett auf 978 Einwohner liefern (325 Betten auf 317,000 Einwohner).

An der Benützung dieser Bettenzahl participiren die einzelnen Bezirke des Cantons ungleich, die entferntesten Bezirke liefern die kleinste Zahl der Spitalgänger, während der Bezirk Zürich doppelt so viele Spitalgänger schickt, als der Bevölkerungsquote entsprechen würde.

Dazu kommen nun aber eine ganze Reihe Privatkrankenanstalten, nämlich das Krankenasyl Neumünster mit 342 Kranken (1881), das Altersasyl Hottingen mit



40 Insassen (1881), das Asyl in Horgen mit 8 Betten (65—70 Patienten jährlich), dasjenige von Wädensweil mit 9 Betten (62 Patienten 1881), dasjenige von Richtersweil mit 4 Betten (35 Patienten 1881), das Kinderspital Hottingen mit 30 Betten (260 Patienten 1881), dazu die Diphtheritisbarake mit 18 Betten, das Einwohnerspital Winterthur mit 90 Betten (741 Patienten 1881), das Greisenasyl Ellikon a. Thur mit 22 Plätzen. Diese durch Privatwohlthätigkeit geschaffenen Anstalten sind nun trotz ihrer zum Theil reichen Dotirung nicht in der Lage, die niedrigsten Kostgeldsätze des Cantonsspitals innezuhalten, sondern müssen in der Regel zur Deckung ihrer Betriebskosten höhere Taxen ansetzen. Uebrigens kommt der Staat seiner durch Art. 22 der Verfassung anerkannten Pflicht auch ausserhalb des Cantonsspitals für seine kranken Angehörigen theilweise zu sorgen durch alljährliche Beiträge an die meisten der obigen Anstalten nach. So wurden im Jahr 1881 19,793 Fr. an obige Spitäler verabfolgt mit Ausnahme des Krankenasyls Neumünster, der Greisenasyle Hottingen und Ellikon. Endlich bietet die Pflegeanstalt Rheinau 90 Betten, die Spanweid 86 Plätze, das Röslibad 59 Betten für körperlich Kranke und Gebrechliche. Dies ergibt eine Gesammtbettenzahl von 838, also 1 Bett auf 378 Einwohner. Rechnet man noch dazu die 50 Betten der Gebäranstalt, 290—325 Plätze im Burghölzli und 570 Betten in Rheinau, so ergibt sich eine Gesammtzahl von 1658 Betten für sämmtliche Kranke und Versorgungsbedürftige des Cantons Zürich.

Die Erfahrung zeigt nun, dass damit dem Bedürfniss doch nicht genügt ist. Für diese auffallende Thatsache gibt das folgende Verhältniss einigen Aufschluss: Es zeigte sich, dass im Jahr 1881 66% der im Cantonsspital Verpflegten unbemittelt waren und dass ohne Zweifel ein gleiches Verhältniss für die Abgewiesenen besteht. Referent nimmt nun an, dass die Letztern alle den für die Aufnahme geforderten Bestimmungen entsprochen hätten und deshalb die Zahl der armen chronisch Kranken und Unheilbaren noch viel grösser sein muss. Eine genauere Feststellung ihrer Anzahl ist vorderhand unmöglich und geht Referent deshalb im Weitern von der Annahme aus, es sei für weitere 1500 Kranke per Jahr ausserhalb der jetzt bestehenden staatlichen Anstalten Unterkunft zu finden.

Eine Zusammenstellung der Anzahl der Verpflegungstage in den einzelnen Krankenanstalten des Cantons Zürich im Jahre 1881 ergibt:

Auf 1 Patient kommen in Winterthur 22, Horgen 26, Wädensweil 34, Kinderspital Hottingen 34, Cantonsspital 42, Richtersweil 54, Asyl Neumünster 78 Tage.

Danach würden also bei durchschnittlich 50 Tagen für obige 1500 Patienten 200 Betten erforderlich sein.

In andern Cantonen finden wir folgende Zahlen: Bern 1 Bett auf 723 Einwohner, Appenzell (I.- und A.-Rh.) 1 Bett auf 433 Einw., Aargau 1 Bett auf 602 Einw. Zürich also 1 Bett auf 378 Einw.

Es fragt sich nun, wie und wo die 200 Betten zu erstellen wären?

Was die Bezirks- oder Hüttenspitäler betrifft (cottage hospitals), wie solche in England und Deutschland bestehen, so zeigt die Erfahrung, dass dieselben keineswegs billig sind. Bei 15—40 Plätzen kommt 1 Bett durchschnittlich auf 5500 Fr. und der Verpflegungstag auf Fr. 3. 10 per Kopf. Es würde also für



4 Mal 50 Betten eine Bausumme von 1,100,000 Fr. und eine tägliche Betriebsausgabe von 660 Fr. erfordert. Die Betriebskosten verhalten sich erfahrungsgemäss umgekehrt proportional zu der Grösse der Anstalten (Rheinau Fr. 1. 96 per 610 Insassen, Cantonsspital Fr. 2. 40 per 296, Pockenspital Fr. 6.).

Als Vortheile solcher peripherischer Spitäler ergeben sich:

1) Leichte Zugänglichkeit, rationelle ärztliche Behandlung nach Zeit und Ort.

2) Rationellere Ernährung gegenüber der Hausverpflegung besonders auf dem Lande und damit schnellere Erreichung der Arbeitsfähigkeit.

3) Beschränkung und Vermeidung der Quacksalberei und Pfuscherei, besonders wenn die Spitäler mit Polikliniken in Verbindung gesetzt werden.

4) Verhütung der Ausbreitung infectiöser Krankheiten durch Aufnahme der Kranken in isolirte Belegräume.

5) Hebung des ärztlichen Standes durch vermehrte Gelegenheit zu Spitaldienst.

Ueber die Art, wie die Betriebsdeficite zu decken seien, tritt Ref. nicht ein und deutet blos auf die Idee der unentgeltlichen Krankenpflege hin.

Die Meinung, dass die wissenschaftliche Befähigung der Aerzte die Vermehrung der Krankenanstalten paralysire, hält Ref. für widerlegt im Canton Zürich; bis anhin richtet sich auch bei unserem Beruf der Erwerb nach Angebot und Nachfrage.

Dass durch Vermehrung der peripherischen Anstalten das zu Lehrzwecken dienende Material des Cantonsspitals sich vermindere, befürchtet Ref. zunächst nicht, würde aber darin einen Hauptgrund gegen die Errichtung solcher Anstalten erblicken. Es sei seit 25 Jahren in dieser Beziehung nicht geklagt worden trotz der Vermehrung der Bettenzahl von privater Seite, da eben auch die Bevölkerung sich jährlich um ca. 3200 vermehrt habe. Sollte aber der obige Umstand sich fühlbar machen, so müsste einerseits eine Erweiterung der Centralanstalt helfen, anderseits könnte das zu Lehrzwecken geeignete Material aus den Kreisspitälern herangezogen werden.

Die Vermehrung der Wege und Mittel für den Krankentransport (Eisenbahnen, Dampfboote, Krankenwagen der Gemeinden) lässt sich eher verwerthen für die Idee einer Erweiterung der Centralanstalt. Eine Unterstützung der gesammten Krankenpflege aber, die Allen zu Gute kommt, ist die Ausbildung von Krankenpflegerinnen.

Ref. erläutert nun einige Projecte, wodurch einerseits das Cantonsspital bedeutend entlastet, anderseits die Gründung von nur 1—2 peripherischen Spitälern nothwendig würde. Zunächst die practische Durchführung der Reconvalescentenpflege entweder in geschlossenen Anstalten oder in gut organisirten Polikliniken in Verbindung mit Speiseanstalten. Ref. sieht darin eine sehr wichtige Aufgabe des Staates und verweist für das Genauere auf die Schrift von *Güterbook* (die öffentliche Reconvalescentenpflege, Leipzig, Vogel, 1882).

Ferner sieht es Ref. bei der Ausdehnung und Wichtigkeit, welche die Hydrotherapie gewonnen hat, als fernere Aufgabe an, eine solche Anstalt von 100—120 Plätzen zu errichten, einerseits um den Cantonsspital zu entlasten, ander-



seits um diese Art der Behandlung auch für Unbemittelte zugänglich zu machen. Das Röslibad mit 60 Betten liesse sich vielleicht zu obigem Zweck erwerben oder umgestalten.

Im Weitern regt Ref. die Frage an, ob nicht für Tuberculöse eigene, ganz isolirte Räume geschaffen werden sollten, um gegen die verderblichste aller Seuchen wirksam anzukämpfen. Ziemlich 10% der Todesfälle kommen auf Rechnung derselben, von 1865—1869 sind 2704 Todesfälle an Tuberculose im Canton Zürich vorgekommen, so dass alle Mittel versucht werden sollten, der Seuche Einhalt zu thun. Ref. ist der Ansicht, dass keine Tuberculösen in den öffentlichen Krankenhäusern aufgenommen werden sollten, sondern in besondere Anstalten gebracht werden müssten, wo die genauste Desinfection durchzuführen wäre. Als verfügbare Liegenschaft erwähnt Ref. die Stephansburg [1]) und glaubt auch, dadurch den Cantonsspital bedeutend entlastet zu sehen.

Endlich sollten für die Behandlung der Diphtheritiskranken besondere, peripherisch gelegene Isolirräume geschaffen werden, da nur die rasche Isolirung der ersten Patienten die Verbreitung der Seuche hindern kann und ferner nur in solchen Anstalten eine rationelle Nachbehandlung der Tracheotomirten durchführbar ist und somit auch den entfernt Wohnenden die Chancen eines günstigen Ausgangs geboten werden können.

Ref. schliesst mit folgenden Vorschlägen:

1) Erweiterung des Cantonsspitals event. Errichtung von 2, dem Cantonsspital coordinirten Krankenanstalten (Bezirksspitäler, 1 in der Gegend von Wetzikon und 1 in Winterthur).

2) Errichtung einer (oder mehrerer) geschlossenen Anstalt für Reconvalescenten.

3) Errichtung einer dem Cantonsspital coordinirten Wasserheilanstalt.

4) Namentlich aus hygieinischen Gründen:

a) Da Tuberculöse nicht mehr in die öffentlichen Krankensäle gehören, müssen für tuberculöse Spitalgänger eigene Krankenräume (event. Krankenhaus) geschaffen werden.

b) Errichtung von peripherisch gelegenen Absonderungsbaraken für Diphtheritiskranke.

Hierauf eröffnet das Präsidium die Discussion mit dem Hinweis darauf, dass die nämliche Frage schon früher im Schooss der Gesellschaft behandelt worden sei, anlässlich der Errichtung einer Reconvalescentenanstalt.

Prof. *Huguenin* erklärt es von vornherein für unrichtig, dass der Cantonsspital an sich den Anforderungen nicht mehr genüge. Früher wurden als der Pflege im Spital bedürftig angesehen die heilbaren Kranken, Nothfälle und Besserungsfähige. Gegenwärtig aber gilt dafür jeder Kranke, der überhaupt hülfsbedürftig ist. Es wurden in den letzten Jahren nur dann die Aufnahmesuchenden abgewiesen, wenn das letzte Bett besetzt war. *H.* weist den Armenbehörden und den Pfarrämtern, welche Unheilbare, einfach Erschöpfte massenhaft in den Spital liefern, die Hauptschuld an dem Platzmangel zu. Unter den Abgewiesenen befinden sich viele Aus-

[1]) Seither anderweitig verwendet. (Der Actuar.)



länder, Italiener, Deutsche u. s. w., sodann häufig Alcoholiker, dann Leute mit Ulcus cruris, einfache Vagabunden u. s. w. Es ist einfach unmöglich, jeden hungernden, heruntergekommenen Fabrikarbeiter aufzunehmen. Die Phthisiker werden fast immer aufgenommen, obschon sie nicht in den Spital gehören,

Was den Betrieb kleiner Spitäler anlangt, so ist dieser sehr kostspielig, die Kosten vervierfachten sich gewöhnlich gegenüber grossen Anstalten.

Was die Zürcher medicinische Schule und damit zum Theil die ganze Universität erhält, ist vorzugsweise das Material, welches also sehr sorgfältig beisammen gehalten werden muss. Es hat sich dieses in den letzten Jahren verschlechtert, eben wegen der Ueberschwemmung des Spitals mit Fällen, die eigentlich nicht dahin gehören. Wenn man also helfen will, so vergrössere man erstens den Cantonsspital, ferner errichte man Invalidenhäuser, verbessere die Armenhäuser und Correctionsanstalten. Im Weitern ist nöthig, dass der Cantonsspital einige neue Baraken erhalte zur Absonderung der Masern- und Scharlach- und der Diphtheritiskranken. Die Vorzüge der Kaltwasserbehandlung lassen sich nicht leugnen und es ist dringendes Bedürfniss, dass die Bäder im Spital vermehrt und verbessert werden. Auch fehlt es an Isolirzellen für einzelne Kranke.

Prof. *Krönlein*. Wenn über Platzmangel auf der chirurg. Station geklagt wird, so wird gewöhnlich ganz vergessen, dass eine grosse Menge nicht aufgenommener Fälle poliklinisch behandelt werden, 1800—1900 per Jahr, so dass wohl niemals ein Fall, der chirurgischer Behandlung bedarf, überhaupt abgewiesen worden ist. Die Poliklinik übernimmt auch die Behandlung einer grossen Zahl von Reconvalescenten, die einer ambulanten Behandlung fähig werden. Dagegen fehlt es an Isolirräumen für Deliranten und Unreine, ferner für hereingekommene Wundkranke. Mit solchen Verbesserungen könnte dem Bedürfnisse vollkommen genügt werden und liegt daher die Nothwendigkeit der Gründung von Bezirksspitälern keineswegs vor.

An diesem Punct wird die Discussion abgebrochen und die Abhaltung einer ausserordentlichen Sitzung im Laufe des Winters in Zürich beschlossen zur Weiterführung derselben.

Nachdem noch die Rechnung auf Antrag von Herrn Dr. *Wæckerling* verdankt und genehmigt ist, werden die Verhandlungen geschlossen. Es folgt als II. Act ein sehr belebtes und durch vielfache Toaste gewürztes Diner im Hôtel National. Es wurden bei diesem Anlass den beiden Herren Dr. *Leonh. v. Muralt-Hirzel* und und Dr. *Johannes Bühler* Diplome anlässlich ihres 50jährigen Doctorjubiläums überreicht, nachdem der Präsident die Jubilare in feierlicher Anrede begrüsst hatte.

Referate und Kritiken.

Kreislauf des Blutes.

Neue Theorie von *Ramon Turró*. 134 Seiten. Madrid.

Den geehrten Lesern Ihres geschätzten Blattes wird es nicht unwillkommen sein, wenn ich ihnen in Folgendem einen kurzen Auszug aus einem Werke übersende, welches vor kurzem in Spanien erschien, und welches, wie ich nicht zweifle, die ganz besondere Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Welt auf sich ziehen wird. Es behandelt dasselbe eine der Hauptgrundlagen der Physiologie, nämlich den „Kreislauf des Blutes". —



Seit *Harvey*'s Zeiten hat sich die Idee gebildet, welche später mehr und mehr sich entwickelte, dass der Kreislauf des Blutes durch den Gefäss-Apparat auf eine mechanische Weise, vermittels des elastischen Gewebes der Arterien, vor sich gehe.

Ich vermeide es, auf die Principien, auf welche sich diese noch jetzt vorherrschende Theorie stützt, einzugehen, da sie genügend von den verehrten Lesern gekannt ist; ich erlaube mir nur, darauf aufmerksam zu machen, dass sie alleinig in der Annahme basiren, dass die Arterialverzweigung einem mehr oder weniger starken excentrischen Druck unterworfen ist, welcher durch seine Kraft die Gefässwandung einen gewissen Grad von Ausdehnung erlangen lässt; sobald dieser Druck nachlässt, verengert sich das Kaliber des Gefässrohres.

Diese Kraft, welche in der Elasticität des Gewebes ihren Ursprung hat und im Verein mit der Systole des Herzens den Blutkreislauf beeinflusst, ist in der vorherrschenden Theorie unter dem Namen Arterial-Spannung bekannt. — Wenn diese Spannung nicht da wäre, müsste sich die Circulation des Blutes natürlicherweise auf eine ganz andere Art bewerkstelligen, als wie man heute annimmt.

Nachdem ich obige Principien in Kürze berührt habe, gehe ich nun zu dem Werke des Herrn *Turró*, welches bereits in's Französische übersetzt worden ist, über; derselbe tritt jenen Fundamentalsätzen mit einer solchen Ueberzeugung und mit Beibringung von Daten, Beobachtungen und Schlüssen entgegen, dass der Leser, wenn er noch so sehr von der Richtigkeit obiger Theorie überzeugt ist, doch zuletzt zu zweifeln beginnt und sich schliesslich, wie ich glaube, gänzlich der Ueberzeugung des Gegentheils hingiebt, demnach anerkennen muss, dass die jetzt herrschende Theorie falsch ist.

Es wäre unmöglich, alle Argumente, welche Herr *Turró* aufführt, anzugeben, noch auf seine gewissenhafte Begründung einzugehen, welcher er die Theorie in allen ihren Gestaltungen und unter allen Gesichtspuncten unterwirft; deshalb erwähne ich hier nur in Kürze eines seiner Hauptargumente: Seit den wichtigen Beobachtungen *Hunter*'s und den ebenso maassgebenden Angaben *Henle*'s wissen wir, dass alle Gefässe, die Venen inbegriffen *(Goltz)*, einen Tonus besitzen, mittelst welchem ihre natürliche Capacität sich mehr oder weniger reducirt, sich mehr oder weniger vermindert in Folge der permanenten Contraction ihrer Musculatur. Nehmen wir z. B. die Renal-Arterie, welche in einem Cadaver ungefähr 5—6 mm. misst, in einem lebenden Organismus dagegen viel weniger, eben weil ihre Muscularis sich in Folge des permanenten Tonus mehr oder weniger verengert. — Dieselbe Beobachtung macht sich mit allen andern Arterien, denn die Lähmung der vasomotorischen Nerven führt ihre Dilatation herbei; es beweist das, dass sie schon einen gewissen Grad von Contraction besassen, welche ihr Kaliber verkleinerte, bevor jene Lähmung sie erschlaffte.

Indem Herr *Turró* sich nun auf die Experimente *Hunter*'s, *Marey*'s u. A. und auf seine eigenen Beobachtungen stützt, beweist er mit unabweisbarer Klarheit, dass, wenn man das Gefässrohr einem gewissen Grade von excentrischem Drucke aussetze, der mit Heftigkeit seine Muscularis erschlafft, sich die schwachen Fibro-Cellular-Elemente *(Kölliker)* woraus jene besteht, ablösen und vernichtet würden. *Hunter* bewies schon seiner Zeit, dass wenn man die Tibialis, welche sich z. B. bei einem an Hämorrhagie zu Grunde gehenden Thiere schnell und intensiv zusammenzieht, ausdehnen würde, sie sich nie wieder contrahiren könne. Ist dies nun der Fall, wie wäre es also möglich, dass die Arterialverzweigung, wie man annimmt, einer constanten excentrischen Pression des Blutes, welche sie ausgedehnt erhält, unterworfen sein sollte? Ausserdem wenn die Arterien in Folge des Tonus, wie man allgemein anerkennt, contrahirt werden, wie ist es dann möglich, dass sie zur selben Zeit ausgedehnt sein sollen? Ich erinnere an das alte Wort: „Idem nequit simul esse et non esse." —

Auf diese Art und Weise, wie ich eben anführe, findet man im Werke des Herrn *Turró* eine grosse Anzahl von Argumenten angehäuft, welche durch ihre soliden und logischen Schlüsse den Leser anziehen und überzeugen. — Indem er die heutige Theorie einer genauen Untersuchung unterwirft, stellt er sie den Ergebnissen der modernen Untersuchungen entgegen und beweist somit auf alle Weise ihren Widerspruch mit derselben; überall lässt die Beobachtung Phänomene erkennen, welche direct den von der Theorie a priori angenommenen widerstreiten. — Sowohl die ausserordentlichen Entdeckungen *Ludwig*'s und *Cyon*'s über den Nervus Depressor, die Zunahme der Pression, welche man



beobachtet hat im localen Blutkreislauf im physiologischen Zustande (*Ch. Bernard, Mosso*, etc.), wie die Beschleunigung oder die Verlangsamung des Herz-Rhythmus, und viele andere Fragen, welche ich nicht alle aufzählen könnte, alle werden von diesem illustren spanischen Physiologen auf gänzlich unparteiische Art und Weise mit klarem Urtheil gegen obige mechanische Theorie aufgeführt. —

Ich kann mich nicht darauf einlassen, die ausgezeichnete Theorie, durch welche *Turró* die jetzige ersetzt, und welche alle jene Phänomene, welche vorkommen, und die man heute dem elastischen Gewebe der Arterien zuschreibt, der Tunica Muscularis zuertheilt, zu beschreiben; ich beschränke mich daher nur darauf, auf die grosse Umwälzung in der Pathologie, welche die Entdeckung der Falschheit der mechanischen Theorie zur Folge haben wird, hinzuweisen. Schon jetzt bestreitet man, besonders in Deutschland, die alte mechanische Theorie bei der Pathogenese der activen oder passiven Congestion, Inflammation, Oedem etc.

Turró kommt somit jener fortschrittlichen Hinneigung zu Hülfe, indem er ihr einen wirklichen wissenschaftlichen Grund unterlegt und darstellt, dass die Pathogenese jener Phänomene durchaus wenig oder nichts mit der althergebrachten Hydraulik zu thun hat.

Kurz, das Werk *Turró*'s hat hier eine bewundernswürdige Aufnahme gefunden, welche es auch verdient. — Ich halte es deshalb für meine Pflicht, die Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Welt Deutschlands (und der Schweiz, Red.) und der vielen Gelehrten, die es besitzt, auf das neu erschienene Werk *Turró*'s zu lenken, um so mehr, da ich Deutschland, wo ich selbst mir die Kenntnisse, die ich besitze, angeeignet habe, wie mein zweites Vaterland betrachte, und hoffe ich, dass man es einer genauen Untersuchung unterwerfe und unparteiisch über dessen Verdienste oder Mängel ein Urtheil fälle.

Dr. *Salvador Badia* in Barcelona.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten

für Aerzte und Studirende. Von Dr. *Adolf Baginski*, Kinderarzt und Redacteur des „Archivs für Kinderheilkunde." (Wreden's Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher. Band VI.) Friedrich Wreden 1883. Preis 18 Fr. 70.

Dieses 748 Seiten umfassende neue Lehrbuch der Kinderkrankheiten reiht sich würdig der Zahl bereits bekannter Genossen an. Verfasser bleibt dem am Schlusse der Vorrede aufgestellten Grundsatze durch den ganzen Gang des Buches hindurch treu, nämlich empirische Therapie und auf den practischen Blick gestützte Diagnostic möglichst zu eliminiren und beides auf physiologische und physiologisch-pathologische Basis zu stellen.

Das Inhaltsverzeichniss weist die im Grossen und Ganzen in allen Lehrbüchern sich gleichbleibende Eintheilung des Stoffes auf. Allgemeiner Theil. Enthält: specifische physiologische Eigenschaften des kindlichen Alters. Circulationsapparat. Respirationsapparat. Verdauungsapparat. Nabelschnur. Zahnung. Harnapparat. Nervensystem und Sinnesorgane. Haut. Temperatur. Das kindliche Wachsthum. Ernährung. Untersuchung des Kindes. Aetiologie. Therapie.

Der specielle Theil enthält: Krankheiten der Neugebornen. Hier ist neu der „morbus Winckelii" d. h. die cyanosis afebrilis icterea perniciosa cum haemoglobinuria. Diese Krankheit wurde 1879 von *Winckel* in der Dresdner Geburtsanstalt beobachtet und beschrieben. Von 24 kurz nach einander erkrankten Kindern blieb nur eines am Leben.

Hieran schliessen sich die Capitel über: allgemeine Krankheiten (typhöse und infectiöse Allgemeinkrankheiten). Krankheiten des Nervensystems; der Respirationsorgane (sehr bemerkenswerth sind die catarrhalische und fibrinöse Pneumonie); Circulationsorgane, Verdauungsorgane; Urogenitalapparat; Sinnesorgane; Haut.

Zum Schlusse reiht sich ein für den jungen practischen Arzt werthvolles Capitel an: Dosirung der gebräuchlichsten Arzneimittel für das Kindesalter. Wenn man oft sieht, wie ängstlich bei Kindern vorgegangen wird, wo ein unerschrockenes therapeutisches Eingreifen auf den Gang einer Affection von unschätzbarem Werthe sein kann, wie lächerlich kleine Dosen von gewissen Arzneimitteln (Opiate, Aconit-, Belladonnapräparate, salicyl-



saures Natron, Pilocarpin) angewendet werden aus Furcht vor zu starkem Effecte, so muss man den Werth solcher Angaben anerkennen.

Wir müssen der beschränkten Form eines Referates halber darauf verzichten, *Baginsky*'s Lehrbuch eingehender zu besprechen. Einzelne Kapitel sind geradezu originell bearbeitet, andere bieten wieder mehr oder weniger Bekanntes. Von den neuern handlichen Lehrbüchern der Kinderheilkunde ist dieses Buch aber eines der Besten und zweifeln wir nicht an grosser Verbreitung. *Albrecht.*

Chirurgische Beiträge.

Von Prof. *D. E. Navratil*, Primarchirurg am St. Rochus-Spitale in Budapest.
Mit mehreren Holzschnitten, 2 graphischen und einer chromolithographischen Tafel.
Stuttgart. Ferd. Enke 1882.

Dem Wunsche *Hueter*'s und *Lücke*'s folgend, dass Jahresberichte thunlichst knapp und mit Beschränkung auf wenige Hauptfragen sollen entworfen werden, theilt Verfasser aus dem reichen Material seiner chirurgischen und laryngologischen Abtheilung eine Anzahl von Fällen mit, welche „zur Klärung actueller Fragen der Chirurgie" geeignet sind. Die Wund-Behandlung war durchweg eine antiseptische (*Lister* und *Thiersch)* allerdings mit Weglassung des Spray.

Aus der interessanten Casuistik und den sich daran knüpfenden theoretischen Betrachtungen mögen nur einige Punkte hier hervorgehoben werden.

Bei Strumen zieht *N.* die Jodinjectionen im Allgemeinen der Exstirpation vor. Kehlkopfpapillome, von denen er eine grosse Anzahl behandelt hat, glaubt er am sichersten durch Spaltung des Kehlkopfes und Ausräumen des Inneren radical heilen zu können. Von den innert 12 Jahren behandelten 89 Larynxstenosen werden 25 subacut und chronisch verlaufene, mittelst Tracheotomie behandelte Fälle mitgetheilt. *N.* ist ebensowenig Freund der allmäligen Dilatation solcher Stenosen nach *Schrötter*, von welcher er kaum je Erfolg gesehen hat, als von der Exstirpation des carcinomatösen Kehlkopfes. Bei der Behandlung der Kyphose zieht *N.* seinen aus Futtergaze hergestellten *Sayre*'schen Verband dem aus Gyps gefertigten vor, als viel leichter und ebenso wirksam. Die Nervendehnungen, auch in Fällen von Tetanus, haben ihm niemals Erfolg gebracht. Von der Radicaloperation freier wie incarcerirter Hernien glaubt *N.* im Hinblick auf seine mangelhaften Resultate solange abstehen zu müssen, als es nicht gelungen ist, eine sicherere Operationsmethode zu finden. — Die farbige Tafel enthält Abbildungen verschiedener Larynxaffectionen.

Münch.

Lehrbuch der Geburtshülfe für Aerzte und Studirende.

Von *Otto Spiegelberg*, weil. Geh. Medicinalrath, Prof. etc., beendet von Dr. *Max Wiener*,
Privatdocent für Gynäcologie und Geburtshülfe an der Universität Breslau.
Zweite neu bearbeitete und vermehrte Auflage. Lahr. Moritz Schauenburg. 1882.

Der ersten im Jahre 1877 erschienenen Auflage des Lehrbuches der Geburtshülfe von *Spiegelberg* ist die zweite rasch gefolgt. Schon dieser Umstand spricht zu Gunsten des Werkes; denn die deutsche Litteratur besitzt genug, zum Theil gute Bücher, die das gleiche Thema behandeln. Wir brauchen nur an die weit verbreitete Geburtshülfe von *Schröder* zu erinnern.

Fragen wir nach den Ursachen des Erfolges, den *Spiegelberg* errungen, so scheint die Schreibweise am meisten dazu beigetragen zu haben. Die Art der Darstellung ist ausserordentlich anregend, fesselnd, nie ermüdend. Mit dem Inhalt kann man sich in allen wesentlichen Puncten einverstanden erklären. Besonders schätzenswerth ist die Berücksichtigung der zahlreichen Publicationen der letzten Jahre, was für manche Capitel von Wichtigkeit ist.

Der Tod ereilte *Sp.* vor Vollendung der Arbeit; sein Schüler *Wiener* hat die noch fehlenden Abschnitte über Operationen und Puerperalfieber bearbeitet und seine Aufgabe mit vielem Geschick gelöst. So bildet das Ganze ein sehr empfehlenswerthes Lehrbuch, das sich gewiss bald einer grossen Beliebtheit von Seite der Aerzte und der Studirenden erfreuen wird. *Gönner.*

Die Albuminurie im gesunden und kranken Zustande.

Von Dr. *H. Senator*, a. o. Prof. der Medicin in Berlin. Berlin 1882 Hirschwald.

Die Lehre vom Harn.

Ein Handbuch für Studirende und Aerzte, bearbeitet von Dr. *F. Salkowski*, Prof. und Vorsteher des chemischen Laboratoriums des pathologischen Instituts zu Berlin und Dr. *W. Leube*, Prof. der speciellen Pathologie und medic. Klinik in Erlangen. Berlin 1882. Hirschwald.

Senator handelt über die verschiedenen im Urine vorkommenden Arten von Eiweissstoffen und ihre Erkennung und stellt die Beweise dafür zusammen, dass selbst normaler Weise beim Gesunden Albumen mit dem Harne ausgeschieden werden könne.

Von der Erklärung der Möglichkeit eines solchen Filtrationsproductes aus den gesunden Nieren geht er über zur Erläuterung der verschiedenen Theorien über die pathologische Albuminurie bei Störungen des Blutdrucks, Entartung der Nierenepithelien, des Blutes im Allgemeinen, und bespricht schliesslich die einzelnen wichtigsten mit Eiweissharnen verlaufenden Krankheitsformen.

Es ist eine vortreffliche Abhandlung über dieses specielle Gebiet.

Eine umfangreichere Aufgabe hat sich das zweite Werk gestellt. Es behandelt die Lehre vom Harn in ihrem ganzen Umfange. Der klinische Theil ist von *Leube*, der chemische von *Salkowski*, dieser bedeutenden Autorität, mit solcher Gründlichkeit und so vollständiger Beherrschung des gesammten Gebietes bearbeitet, dass das Buch wie bisher der treffliche „Neubauer und Vogel“ das Wissen der Gegenwart in dieser Richtung darstellt. Man darf es daher nicht bloss zur Anschaffung empfehlen, sondern muss dem Leser auch die Zeit und Gelegenheit mit wünschen, dasselbe aufs Sorgfältigste zu studiren.

Seitz.

Die acuten Infectionskrankheiten.

Von Dr. *B. Kuessner* und Dr. *R. Pott*, Docenten an der Universität Halle. Braunschweig. Wreden 1882.

Eine sehr empfehlenswerthe Bearbeitung des Thema's. Zwischen dem breiten Handbuche und dem dogmatischen Schulbuche die Mitte haltend, behandelt sie auf dem Boden der Pilztheorie klar und gründlich diese wichtige Krankheitsgruppe. Ueber die Vorzüge der Einführung der Bezeichnungen Typhus für Flecktyphus und Typhoid für Darmtyphus wollen wir nicht rechten. Hingegen möchte ich nicht zugeben, dass es gefahrlos sei, (p. 135.) die Kranken mit Darmtyphus auf die allgemeine Abtheilung zu legen. *Seitz.*

Cantonale Correspondenzen.

Aargau. Splitterfractur der Halswirbelsäule. Carbolsäurevergiftung. Die Publication des vorliegenden Falles mag wohl ihre Berechtigung haben wegen des doch immerhin seltenen Vorkommnisses ähnlicher Verletzungen und wegen der später hinzugetretenen accidentellen Intoxication mit Acid. carbol., insbesondere weil auch eine vollständige Section über manche interessante Verhältnisse Aufschluss gab.

Frau R. von H. wurde am 19. März 1883 Abends von einem grossen Kirschbaum, der zu Boden fiel, als die R. eben vorbeiging, getroffen. Pat. verlor das Bewusstsein keinen Augenblick, war aber absolut unfähig aufzustehen. Sie verspürte sofort starke Schmerzen in Hals und Rücken und „war am ganzen Körper wie todt“.

Status praesens am 19. Abends, $1^1/_2$ Stunden nach dem Unglücksfall: Pat., circa 50 Jahre alt, gut und kräftig gebaute Frauensperson. Am Hinterkopf eine Anzahl kleiner Quetschwunden der Kopfschwarte, herrührend vom Haarkamm, dessen einzelne Spitzen durch die Aeste in die Kopfhaut eingedrückt worden waren; am linken Handrücken leichte Hautabschürfungen. Weiter keine äusserlichen Verletzungen. Rechterseits leichte Facialisparese. Pupillen beiderseits gleich, ordentliche Reactionsfähigkeit; Stimme und Sprache normal; Schluckbewegungen nicht gehemmt, aber schmerzhaft. Sensibilität im Gesicht normal. Keine Störungen des Geruchs- oder Geschmackssinnes. Gehör, Gesicht nicht alterirt. Keine Blutungen aus Ohren oder Nase. Respiration regelmässig, langsam, nicht schnarchend. Puls sehr schwach, klein, 76. Abdomen leicht aufgetrieben. Nicht ganz vollständige Paralyse der obern, aber totale Lähmung der untern Extremi-



täten. Die Sensibilität in den obern Extremitäten bedeutend herabgesetzt, links stärker wie rechts. Von einer Linie, 1 cm. unterhalb des Schlüsselbeins, an totale Anæsthesie des ganzen Körpers. Der mit dem Catheter entleerte Urin ist stark bluthaltig. Oefters Erbrechen, starker Singultus. Sensorium frei. Temperatur 36,5. Die Gegend der Halswirbelsäule, besonders die mittlere Partie, von aussen auf Druck und von der Mundhöhle aus enorm schmerzhaft. Druck von oben nicht schmerzhaft. Bewegungen des Kopfes etwas gehemmt und, mit Ausnahme der Beugung, nicht gerade sehr schmerzhaft. Von den zuerst Hülfe leistenden Personen wird ausgesagt, dass sie die Frau R. aufrecht stehend, nur etwas „zusammengeknickt" unter den mächtigen Aesten des Baumes gefunden hätten.

Es war natürlich sofort klar, dass eine Læsion des Rückenmarkes ernstester Natur, verbunden mit Nieren- oder Blasenblutung, vorlag; eine bedeutendere Verletzung des Gehirns und der Med. obl. konnte ausgeschlossen werden. Die excessive Schmerzhaftigkeit, die Schlingbeschwerden, deren bestimmter localisirter Charakter hauptsächlich mit in Betracht kam, liessen in Verbindung mit dem pathologischen Befund, der eine Verletzung oberhalb des 4. Halswirbels ausschloss, mit grösster Sicherheit auf eine Fractur in der Gegend des 5. Halswirbels schliessen. Wie weit sich die Fractur ausdehnte, und ob die Rückenmarksverletzung nur in einer Blutung oder in einer wirklichen Gewebszertrümmerung bestand, konnte mit Sicherheit nicht ausgesprochen werden.

Prognosis: valde dubia.

Therapie: Eis auf Kopf und um die Halswirbelsäule; Eisblase auf die Blase. Sinapismen auf die untern Extremitäten. Möglichst ruhige Lage; innerlich Eispillen.

20. März Morgens: Urin (der täglich 2 Mal mit dem Catheter entleert wurde) weniger bluthaltig. Brechen und Brechreiz etwas abgenommen. Sonst status idem.

20. März Abends: Urin enthält kein Blut mehr. Kein Meteorismus. Brechen hat nachgelassen. Stuhl (nach Klysma) wird unwillkürlich entleert.

21. März Morgens: Die Parese der Facialis und der obern Extremitäten hat entschieden etwas abgenommen. Uebrigens Status idem.

Bis zum 23. war eine Besserung der Anæsthesie des Rumpfes in soweit zu constatiren, als die obere Grenze der totalen anæsthetischen Zone um circa $1\frac{1}{2}$ cm. hinuntergerückt war. Pat. gab an, im rechten Arm das Gefühl von Ameisenkriechen zu spüren, ebenso „will sie an die Füsse gefroren haben". Da zugleich die Schlingbeschwerden sich bedeutend gebessert hatten, so war nun allerdings die Prognose quoad vitam besser, quoad restitutionem completam allerdings immer noch sehr prekär.

In der Nacht vom 23/24. wurde ich unter Angabe, dass der Frau R. ein Löffel voll unrichtiger Medicin eingegeben worden sei, schleunigst zu der Pat. gerufen.

Pat. hatte seit 2 Tagen eine Phosphor-Limonade zu nehmen; 90%ige Acid. carbol. Lösung (nach Vorschrift vom Apotheker mit „Gift" etc. bezeichnet) war behufs Reinigung des Catheters, der Hände etc. zu meinem Gebrauch in der Wohnung ebenfalls vorräthig. Bei der Nachtwachen-Ablösung gab die frische Wärterin aus Unvorsichtigkeit einen Löffel 90%ige Carbollösung. Pat. klagte sofort über intensive brennende Schmerzen in Mund, Hals und Speiseröhre; nach kurzer Zeit stellte sich Unbesinnlichkeit und Irrreden ein. Bei meiner Ankunft ($1\frac{1}{2}$ Stunden nach der Verwechslung) war Pat. wieder vollständig bei Sinnen und klagte über starke Schmerzen in Hals und Magen. Sie mochte ungefähr 15 à 20 grmm. des Giftes erhalten haben. Aeusserlich war nur eine graulich-weissliche Verfärbung des Gaumens, nebst geringem Grad von Meteorismus zu constatiren. Pat. erhielt sofort Aq. Calc. mit Milch und eine Morphium-Injection. Der Urin war blassgrünlich; ein bestimmter Geruch wurde nicht beobachtet. Der Puls war, im Gegensatz zu früher, anfangs ziemlich kräftig, 96. Athmung etwas behemmt. Bald fing aber Pat. an, über stärkere Athembeschwerden und Bangigkeit zu klagen. Der Meteorismus wurde rasch stärker und stärker; es traten Compressionserscheinungen von Seite der Lungen hinzu. Circa 6 Stunden nach Einnahme des Giftes trat, unter den Symptomen von Lungenœdem und Herzparalyse, der Tod ein. Das Sensorium war bis zur letzten halben Stunde frei gewesen.

Obduction (dieselbe wurde in meiner Anwesenheit von den Gerichtsärzten, Collegen *Kall* und *Peyer*, vorgenommen). Dem bezüglichen Sectionsprotocoll entnehme ich nur die wichtigsten, auf die Verletzung und die Intoxication bezüglichen Angaben.



Die Inspection ergibt ausser den Anfangs erwähnten Verletzungen keinerlei Abnormitäten.

Fettpolster gut entwickelt. Brustmusculatur hellroth. Nach Eröffnung der Brusthöhle ziehen sich die Lungen mässig zurück. Unterer Lappen der linken Lunge stark bluthaltend, oberer Lappen œdematös; rechts ebenso. Aus den venösen Gefässen des Halses und der Lungen entleert sich viel dunkelschwarzes, flüssiges Blut. Herz im Ganzen etwas gross, Musculatur kräftig, von matt bräunlich-rother Farbe. Zungengrund mit einem weissen Belag versehen. Die ary-epiglottische Falte œdematös infiltrirt. Schleimhaut der Speiseröhre blass; Epithelüberzug theils abgehoben, theils leicht abhebbar. Nach Herausnahme der Weichtheile des Halses lässt sich eine Fractur des 5. und 6. Halswirbelkörpers mit Splitterung constatiren; es können mehrere bis kleinhaselnussgrosse Stücke mit Leichtigkeit entfernt werden. In der Luftröhre spärliche Schleimmengen. Schleimhaut im obern Theil blass, im untern etwas blutig injicirt.

Abdomen stark aufgetrieben. Milz normal gross, Ueberzug leicht abziehbar, Parenchym stark bluthaltend und leicht brüchig. Gallenblase mit Galle und einer grossen Anzahl Gallensteine gefüllt. Leber von starkem Blutgehalt. Linke Niere: Kapsel leicht abziehbar, Nierengewebe stark bluthaltend. Die Umgebung der rechten Niere in grosser Ausdehnung nach abwärts blutig infiltrirt; ebenso der Ueberzug der Niere. Das Organ selbst ist vergrössert (12 cm. lang), das Parenchym sehr stark bluthaltend und mit einem haselnussgrossen blutigen Infarct versehen. Schleimhaut des Magens zeigt einige Gefässinjectionen, hingegen keinerlei Ulcerationen oder Ecchymosen. Dünndarm stark aufgetrieben; Peritonealüberzug theilweise blutig injicirt. Die Umgebung des aufsteigenden Dickdarms in ausgedehntem Maasse blutig infiltrirt, die Schleimhaut dieser Partie zeigt ebenfalls vermehrte Gefässinjection. Blase leer; Schleimhaut blass. Uterus von virginaler Grösse.

Schädel: Kopfschwarte des Hinterhauptes in grosser Ausdehnung blutig infiltrirt. Auf der Dura mater keinerlei Blutungen. Pia, besonders links, etwas injicirt, leicht œdematös. An der Schädelbasis keinerlei Knochenverletzung wahrnehmbar. Im linken Seitenventrikel etwas seröse Flüssigkeit. Plex. choroid. beiderseits etwas œdematös. Hirnsubstanz von derber Consistenz, etwas blass. (Section 15 Stunden p. m.) Das Rückenmark des 5. und 6. Halswirbels konnte nicht untersucht werden.

Anatomische Diagnose: Leichter seröser Erguss in den linken Seitenventrikel. Theilweise Zerstörung des Epithel-Ueberzugs des Oesophagus. Splitterfractur des 5. und 6. Halswirbelkörpers. Lungenœdem. Starker Blutgehalt aller Unterleibsdrüsen; blutiger Infarct der r. Niere; stark blutige Infiltration der Umgebung der r. Niere und des aufsteigenden Theiles des Dickdarms. Starker Meteorismus.

Interessant ist auf jeden Fall die Splitterfractur der Halswirbelkörper, bei gleichzeitigem Fehlen irgend welcher Verletzung der Schädelknochen, hauptsächlich an der Basis. Das Zustandekommen dieser Fractur ist auf jeden Fall so zu erklären, dass die Gewalt des Schlages oder Stosses von oben und der daraus resultirende Contre-Coup sich an der Convexität der Halswirbelsäule brachen und so eine indirecte Zertrümmerung der betreffenden Wirbelkörper zu Stande brachte. Die Art und Weise der Verletzung lässt keinen sichern Schluss auf das pathologische Verhältniss des Rückenmarkes ziehen, doch liegt, besonders mit Rücksicht auf die nach 3 Tagen schon sich einstellende Besserung die Wahrscheinlichkeit eines Blutergusses ziemlich nahe. Die blutige Infiltration der rechten Niere sammt Umgebung lässt ebenfalls auf die intensive Gewalt des Schlages einen sichern Schluss ziehen. Das anfängliche Brechen ist auf eine Reizung des Vagus zurückzuführen (indem eine Commotio cerebri auszuschliessen ist), herbeigeführt wahrscheinlich durch einen der losgelösten Splitter der Wirbelkörper.

Von grosser Wichtigkeit, unter Umständen auch für die forensische Medicin ist der Sectionsbefund, wie er aus der Intoxication mit Acid. carbol. 90% resultirt. Weissliche Verfärbung des Zungengrundes, theilweise losgelöster, theilweise leicht löslicher Epithelüberzug des Oesophagus, starker Meteorismus, leichte Injection der Magen- und Darmserose, das ist so ziemlich Alles, was in Verbindung mit momentanem Irrreden und Verstörtsein auf die Carbolsäure Bezug hat. Es scheint daher sicher zu sein, was auch von anderer Seite schon beobachtet und beschrieben worden ist, dass die Carbolsäure, ohne geradezu stark ätzend zu wirken, rasch vom Digestionstractus resorbirt wird. Die



Hyperæmie der Unterleibsorgane (Milz, Leber, Nieren) ist eher auf Rechnung der Verletzung als auf diejenige der Carbolsäure zu setzen, für die rechte Niere ist dieses wenigstens durch den blutigen Urin, den Infarct bewiesen. Unentschieden ist, ob der Meteorismus, der in unserem Fall unbedingt das eigentliche tödtliche Moment war, der Ausdruck einer acut sich entwickelnden Peritonitis oder aber vielleicht einer Innervationsstörung gewesen ist.

Lenzburg. Dr. *L. Meyer.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Prof. *G. Valentin* †. Am 26. Mai, während die schweiz. Aerzte in Basel festlich versammelt waren, vereinigte die academ. und medicin. Kreise Berns ein ernsterer Anlass; es galt, die sterblichen Ueberreste ihres hochbetagten und hochverehrten Lehrers Prof. *G. Valentin* zur letzten Ruhestätte zu geleiten, des Mannes, dessen Wirken und Schaffen so viel dazu beitrug, schon der neugegründeten Hochschule Bern eine achtunggebietende Stellung zu verleihen; des Forschers, der während anderthalb Menschenaltern in unermüdlicher Arbeit am Aufbau der modernen exacten Physiologie thätig war; des aufopfernden Lehrers so vieler Generationen schweizerischer Aerzte. Schon lastete auf *G. Valentin* der Druck schwerer Leiden, als er im October vorigen Jahres, ohne festliches Gepränge, die Grüsse und Glückwünsche von Nah und Fern zu seinem fünfzigjährigen Doctorjubiläum entgegennahm, und mit Wehmuth mussten seine nächsten Freunde und Angehörigen wahrnehmen, wie das schmerzliche Gefühl der gebrochenen Kraft bei klarem Bewusstsein an seiner Seele nagte, bis die endliche Erlösung eintrat. Möge ihm die Erde leicht sein; möge das dankbare Andenken an seine Persönlichkeit und seine Verdienste bei uns fortleben, so lange in unserem Vaterlande die wahre und ächte medicinische Wissenschaft hochgehalten wird. *F. M.-R.*

— **Struma retro-pharyngo-œsophagea.** *Kaufmann* hat sich (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie) die Mühe genommen, die Casuistik dieser nicht so ganz seltenen, gefährlichen Strumaform zu sichten. Den ersten, vorher sicher diagnosticirten Fall dieser Art hat *Kocher* operirt, einen weitern *K.* selbst.

Es handelt sich in diesen Fällen um Kropfbildung in einem hinteren Horn der Schilddrüse und nicht um sogen. Struma accessoria. Der Kropf bildet sich ein- oder beidseitig, häufiger rechts, und tritt an der Uebergangsstelle des Pharynx in den Oesophagus hinter diesen vor die Wirbelsäule. Bei beidseitiger Entwicklung kann die Speiseröhre ringförmig von der Struma umgeben werden. Ob es sich um eine angeborene Anlage oder ein erst secundäres Auswachsen aus der Drüse handelt, ist noch unentschieden.

Das Leiden bleibt zuweilen ganz symptomlos, öfter aber bedingt es bedeutende Schlingbeschwerden, auch Erstickungsanfälle.

Die Diagnose gründet sich auf folgende Puncte: Vorwölbung der hinteren und seitlichen Rachenwand in der Höhe des aditus laryngis von rundlicher Form, glatter Oberfläche, elastischer Consistenz, von normaler Schleimhaut bedeckt. Hebung beim Schlucken oft synchron mit einer äusseren Struma. Durch Druck von innen lässt sich der Tumor nur nach einer Seite verschieben und zwar oft so, dass man seine Verbindung mit der übrigen Drüse fühlen kann.

Bezüglich der Behandlung kann nur die Exstirpation in Frage kommen, wo möglich in Verbindung mit dem gewöhnlich auch vergrösserten seitlichen Theil der Drüse. Der retropharyngeale Tumor lässt sich in der Regel leicht stumpf herausschälen. Jodinjectionen sind wegen der gefährlichen Lage besser zu unterlassen. *Münch.*

Aargau. Dr. *Stäbli* †. Haben Sie seiner Zeit vom 50jährigen Berufsjubiläum unseres Papa *Stäbli* in Aarau Notiz genommen, [1]) so werfen Sie mit uns auch schnell noch einen Blick auf das vor Kurzem geschlossene Grab, über die irdischen Reste eines Mannes, dessen Vergangenheit in der Geschichte der Practiker mit einem Ehrenkranz geschmückt werden darf. *Stäbli* zeichnete sich aus als ein stets hülfsbereiter, liebevoller Arzt, dessen warmes Mitgefühl für die leidende Menschheit und namentlich den weib-

[1]) Corr.-Bl. Jahrg. 1878, Nr. 18.



lichen Theil derselben ihm allgemeine Sympathien eingetragen. Er practicirte von 1828 bis 1882, zuerst in Gränichen, dann in Aarau, gewöhnt an wenig Bedürfnisse und Ansprüche an's Leben. Sein Pflichtgefühl ersetzte ihm jeglichen Luxus und die nie umdüsterte Heiterkeit des Gemüths leuchtete ihm auch auf dunkelsten Pfaden. Seine glückliche Gemüthsanlage liess sich auch durch eine in den letzten zwei Jahrzehnten seines Lebens bestehende Schwerhörigkeit nicht stören, denn Misstrauen war und blieb ihm fremd. Seit 1878, wo *Stäbli* sein Jubiläum feierte, war ihm noch im November 1880 die goldene Hochzeitsfeier beschieden und im Januar 1882 rückte er noch einmal und zwar zum letzten Mal aus zur ärztlichen Versammlung in Königsfelden, wo die aargauischen Aerzte in der Krankenanstaltsfrage noch einmal Stellung zu nehmen hatten und wo er auch mitstimmen wollte zu dem für einmal einzig zeitgemässen und möglichen Bau einer Centralanstalt in Aarau. Ein Stern, sagte er, der so manchem menschlichen Elend und trauriger Noth in seiner Praxis begegnet, würde meinem Alter erblinken, wenn ich die projectirten Bauten sich noch vom Boden erheben sehen könnte. Und er war so glücklich, nicht zwar die Bauten, wohl aber noch den Boden, auf dem sie gegenwärtig erstehen, vorbereitet zu sehen.

Auch der letzte Wunsch *Stäbli*'s, der Todesengel möge ihn schnell abcommandiren, wenn er seinen Posten zu verlassen habe, ging noch in Erfüllung. Nachdem ihn im letzten Herbst ein erster apoplectischer Insult seiner Füsse unsicher gemacht und ihn an's Haus gebannt hatte, blies ihm ein zweiter die Lebensflamme sofort aus, so dass er, nachdem er eines Abends munter in's Bett gestiegen, am Morgen vom Leichentuch umfangen war.

Die Achtung und Liebe der Collegen, ein liebevolles Angedenken aller Derer, die den Arzt und Menschenfreund gekannt, folgten dem Greise in's Grab nach. Diesen Gefühlen verlieh denn auch Herr Dr. *Bircher* vor der Trauerversammlung beredten Ausdruck. Einem langen Leben voll Arbeit und Pflicht unsere Hochachtung! *Z.*

Ausland.

München. Ueber Tuberkelbacillen im Euter einer tuberculösen Kuh und über die Virulenz des Secretes einer derartig erkrankten Milchdrüse machte vor Kurzem Prof. *O. Bollinger* (ärztl. Intelligenzblatt, 17. April 1883) eine höchst interessante Mittheilung. Nachdem Verf. schon vor einigen Jahren die Beobachtung mitgetheilt hatte, dass die Milch tuberculöser Kühe auch ohne Localerkrankung des Euters bei längerem Genusse oft eine ächte Tuberculose bei Schweinen zu erzeugen im Stande sei, und dass die Verimpfung einiger Tropfen Milch aus dem Euter derselben Kuh bei Meerschweinchen acute Miliartuberculose erzeugte, gelang ihm vor Kurzem bei einer perlsüchtigen Kuh, deren Euter macro- und microscopisch alle Veränderungen der ächten Perlsucht zeigte, der Nachweis von Tuberkelbacillen sowohl in den kranken Drüsenpartien wie im milchähnlichen Safte der Ausführungsgänge. Impfung mit bacillenhaltigem Secret der Milchdrüse ergab ebenfalls Miliartuberculose, an der das Thier 11 Tage nach der Impfung starb. In den Impftuberkeln gelang der Nachweis zahlreicher Tuberkelbacillen.

Es hat diese Beobachtung gerade jetzt, wo die Bedeutung der Tuberkelbacillen auf's Neue anerkannt ist, um so mehr Werth, als es sich hier um Fragen handelt, die von grösster hygieinischer Bedeutung sind und gewiss zu wiederholten Beobachtungen nach dieser Richtung hin auffordern. *L. R.*

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. Mai 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Varicellen nur 1 Anzeige.
Von Masern sind 6 Erkrankungen angezeigt, sämmtlich aus Grossbasel.
Von Rötheln 13, grösstentheils auch aus Grossbasel.
Scharlach 7 Erkrankungen (16, 13, 15), wovon 5 in Kleinbasel.
Diphtherie 10 Erkrankungen (13, 5, 5), zerstreut über die Stadt.
Typhus 6 zerstreute Fälle (2, 2, 5).
Erysipelas 4 Erkrankungen (7, 5, 10) sämmtlich in Grossbasel.
Pertussis 14 Anzeigen (21, 19, 15), zerstreut über Gross- und Kleinbasel.
Icterus 2 Anzeigen aus Kleinbasel.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. $1^1/_2$—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 12. XIII. Jahrg. 1883. 15. Juni.

Original-Arbeiten.

Aerztliche Antworten auf politische Fragen.

Eröffnungsrede von Dr. *Sonderegger* bei der Versammlung des ärztl. Centralvereins.
(Basel den 26. Mai 1883.)

Ich habe die Ehre, Sie hier zu begrüssen und heisse Sie herzlich willkommen! Mit diesem Worte könnte ich auch schliessen; denn was habe ich Ihnen zu sagen, was Sie nicht schon wüssten und was Sie nicht selber besser sagen würden! Gestatten Sie mir, als Ihrem amtlichen Sprecher, dennoch einen kurzen Rückblick auf die Geschichte des vergangenen Jahres und einige ärztliche Antworten auf politische Fragen.

„Willst du in meinem Himmel mit mir leben,
So oft du kommst, er soll dir offen sein!"

so sprach Zeus zum Poeten, so grüsst die Alma mater uns Aerzte bei der heutigen Versammlung, so grüsst jeden Arzt auf dornenvollem Lebenswege die Wissenschaft und das, vom Wissen erzogene Gewissen. Auf der Höhe einer academischen Weltanschauung und einer durch vier Jahrhunderte tapfer und ruhmvoll geführten Culturgeschichte ermahnt uns der Geist dieser Universität, ruhig in das Getriebe der Welt hinauszuschauen, im wilden Wechsel der Erscheinungen das Bleibende und im Wirbel der Leidenschaften das Treibende wahrzunehmen, uns zugleich als Aerzte und als Bürger zu fühlen und der Verantwortung zu gedenken, die auch uns gegenüber den kommenden Geschlechtern auferlegt ist.

Seit wir uns hier versammelten, hat die öffentliche Meinung unseres Vaterlandes scharfe Kritik an den Aerzten geübt, den Inhalt, die Form und die Methode der Medicin in Frage gestellt. Gestatten Sie mir darum einen leisen Versuch, das Volksleben, an welchem wir Alle in so intensiver Weise theilnehmen, auch von unserm Standpuncte zu betrachten.

„Aller Dinge Maassstab ist der Mensch" und unser Standpunct muss die Naturgeschichte des Menschen sein.



„Bist du, der du dich rühmst zu sein?“ Welche von deinen Tugenden sind eigentlich Laster und welche von deinen Lastern sind eigentlich Tugenden?

Die Mutter alles Guten ist die Arbeit, zuerst die Arbeit im Dienste des Individuums, dann diejenige im Dienste der Gesellschaft; die erste Tugend des Einzelnen und der Völker ist, — wenn ich in Ermanglung eines bessern Wortes den paradoxen Ausdruck gebrauchen darf, der Egoismus, der Selbsterhaltungstrieb, der vom Entstehen der Keimzelle bis zum Tode des Individuums die Atome zu Lust und Schmerz zusammenfügt, beim Kampfe um Nahrung und um materiellen Besitz anfängt, zum Ringen nach Freiheit und wissenschaftlicher Erkenntniss fortschreitet und seine Vollendung im Glücke des Wohlthuns erreicht.

Nehmen wir aus der menschlichen Gesellschaft die „auri sacra fames“ hinweg, so bekommen wir einen Indianerstamm, eine Herde von Thieren, die fröhlich sind, so lange sie Weide haben und laut aufbrüllen, wenn diese zu Ende ist. Jede höhere Entwicklung beruht auf dieser sehr prosaischen Grundlage, und wer sie geringschätzt, wer in Utopien oder irgend welchen Genossenschaften und Verbänden den Egoismus des persönlichen Strebens aufheben will, der begeht eine Versündigung gegen die Menschennatur.

Die Arbeit, welche sich nur auf das Individuum beschränkt, richtet nur dieses schliesslich zu Grunde, weil das Individuum selber, abgelöst von aller menschlichen Gesellschaft, auch zu Grunde geht. Der Egoismus der Familien und der Völker aber ist eine schaffende und erhaltende Macht.

Der Selbsterhaltungstrieb der Individuen und der Völker ist Arbeit und in dem Maasse als deren Producte sich häufen und edler werden: Theilung der Arbeit. Wir messen den Werth der Völker an ihren Eroberungen, an ihrem Reichthum, an ihrer Bildung und an ihrer Gesittung, d. h. an ihren Arbeitsleistungen.

Das einzige und grosse Laster, die buchstäbliche Erbsünde des Menschen, ist die sogenannte Gemüthlichkeit, eigentlich Trägheit, die biedermännische Bummlerei. Kein Mensch thut mehr als er eben muss; dieses Müssen kommt zunächst „durch Hunger und durch Liebe“ und wird erst durch Uebung zur Gewohnheit und zur Lebensform. Nur ausnahmsweise fühlt der Mensch einen absoluten Drang nach Wahrheit und hat er das unrentable Bedürfniss, sein Erz selber zu graben, zu schmelzen, zu scheiden und zu prägen; für gewöhnlich ist es bequemer und nützlicher, fertige Begriffe als geistige Werthzeichen und Münzen einzunehmen und auszugeben. Leider ist sogar ein grosser Verkehr in der Scheinwährung blosser Worte gebräuchlich. Wer das vergisst und an einen ruhelosen Forschungs- und Erkenntnisstrieb der Menschen glaubt, der „wird gehauen“!

So muss der *Darwin*'sche Mensch, den sein Vaterland durch Vererbung und Auswahl erzeugt und mit nationalen Eigenthümlichkeiten ausgestattet hat, sein Leben beständig erkämpfen und seine Erfolge hangen von gegebenen und von selbstgeschaffenen äussern Bedingungen ab.

„Alle Cultur geht vom Magen aus.“ Unter dem öconomischen Gefrierpuncte hören Gesundheit und Arbeitskraft, Freiheit und Sittlichkeit auf und es ist nicht Zufall, dass in allen Strafanstalten die Armen in höheren Procenten vertreten sind als die Reichen. Die Blüthe Nordamerika's, Englands und Frankreichs beruht

zuletzt auf dem Bodenreichthum, auf dem mittelbar und unmittelbar reichlich gefüllten Brodkorbe dieser Völker und der Verfall der hochberühmten griechischen und römischen Cultur war wesentlich auch eine Folge der — von der Politik verschuldeten — materiellen Verarmung. Ohne die Voraussetzung einer gleich guten leiblichen Existenz kann kein Volk sich mit dem andern vergleichen, noch dessen Einrichtungen mit Erfolg nachahmen. Es ist ein Irrthum und ein Hohn zugleich, wenn wir dem Armen und Bedrängten, der sich an Kartoffeln, Cichorien und Branntwein zu Tode lebt, zumuthen, sich mit idealen, kirchlichen oder politischen Fragen ernsthaft zu befassen. Der Hungernde ist überall ein Leibeigener.

Das charakteristische, in allen Zeiten wiederkehrende Krankheitssymptom der bürgerlichen Gesellschaft ist das Gaunerthum, die grundsätzliche Verachtung der Arbeit, die Verneinung des Bestehenden, ohne Willen und ohne Kraft, etwas Besseres dafür zu schaffen. Es ist ein Zurücksinken in die Barbarei der untersten socialen Entwicklungsstufen, in welchen nicht der Fleissigste, sondern der Stärkste, nicht der Beste, sondern der Frechste herrscht; es ist das moderne Faustrecht. Der Umfang des Gaunerthums ist das negative Maass der jeweiligen Culturstufe und seine Erscheinungsform wechselt nach dem vorhandenen Nährboden. In Griechenland und Sicilien ist es romantisches Räuberwesen, in den gebildeten Grossstädten Börsenschwindel, im Mittelstande führt es zum Cassendiebstahl und zum landesüblichen Selbstmorde, in den untern Volksschichten zum Stromerthum, zum blauen Montag und zur erstaunten Armuth.

Das sicherste und ergiebigste Arbeitsfeld für den intelligenteren Gauner bietet unstreitig die Medicin. Ihre Fragen sind nicht mehr so unverstanden, wie im Mittelalter, sondern halb verstanden, was viel schlimmer ist und des Menschen Herz, „das trotzige und verzagte Ding“, ist immer dasselbe geblieben.

Insbesondere ist die Gedankenfabrik den meisten anständigen Leuten unbekannt und deren rationeller Betrieb ein noch unbestrittenes Monopol der Gauner. Die überwältigende Macht stetig wiederkehrender Worte, die zwingende Gewalt richtig ausgewählter Phantasiebilder, die Freude am Geheimniss, das epidemische Auftreten von Gefühlen und Stimmungen, der ebenso unzerstörbare, wie leichtfertige Autoritätsglaube des „Herdenthieres“: das sind Ketten, deren tausend souveräne Bürger spotten, ohne deshalb frei zu sein. Dass zwischen einer Ursache und einer Veranlassung, zwischen dem causalen und dem blos zeitlichen oder örtlichen Zusammenhange ein Unterschied bestehe, dass die Quantitäten weit wichtiger werden als die Qualitäten: das wird nicht blos vergessen, sondern nie gelernt. Dass eine Untersuchung mit subjectiven und objectiven Fehlerquellen zu rechnen habe, wird bei juridischen und bei technologischen Fragen zugegeben, bei nationalöconomischen und militärischen schon sehr bezweifelt und bei medicinischen als selbstverständlich verneint. Wir bauen Schulhäuser um die Wette und preisen die Bildung an jedem Feste, bestreiten aber doch der Arbeit, ganz besonders der stetigen, planmässigen, fachmännischen Arbeit jeglichen Werth. „Je gelehrter, desto verkehrter“ ist das Passwort, welches dem Gauner selbst die Tagespresse und die Rathssäle zugänglich macht. Wir haben das Glück, dass uns grosse Catastrophen und das Unglück, dass uns grosse Ideen fehlen; darin liegt die jetzige

Macht der Negation, der Beschimpfung und des allgemeinen Misstrauens, welche unser sociales Leben zu Grunde richtet, unsern Wohlstand und unsere Freiheit bedroht.

Gefühlvoll für Thiere, hart gegen Menschen; theilnehmend für Verbrecher, roh gegenüber Verwaisten und Hülflosen; schwärmend für Pfuscher und Ignoranten, voll Hohn gegen den ehrlichen Arzt, verlangt die Begriffsverwirrung unserer aufgeklärten Zeit: Gewerbeschulen, Ordnung des Lehrlingswesens, Prud'hommes, Officiersexamen, Telegraphisten-, Förster-, Locomotivführer-, ja — Heuausmesserprüfungen, Garantien für Banknoten und für Edelmetalle, aber im gleichen Athemzuge verlangt sie auch Freigebung aller Curpfuscherei und jeglichen Geheimmittelschwindels.

Unsere Völker sind eitel auf die grossartigen Erfindungen, welche Einzelne gemacht haben und diese Eitelkeit macht denkfaul. Der Aberglaube ist heutzutage nicht kleiner als im „finstern" Mittelalter, blos anders gefärbt und weniger kirchlich.

Weil die Manchestertheorie sich für Industrie und Handel vielfach bewährte, hat man sie mit bequemer Gedankenlosigkeit gleich auf alle socialen Verhältnisse übergetragen und die unbarmherzigste Ausbeutung der Schwachen zu einem Staatsgrundsatze erhoben, bei welchem z. B. die schrankenlose Gewerbsfreiheit der Kneipwirthe mit dem Ruin der Gegenwart und mit der erblichen Belastung der Nachkommen bezahlt wird. Wir Aerzte sind es uns gewohnt, bei solchen Klagen ausgelacht zu werden, weil unsere unwissende Zeit über das furchtbare Naturgesetz der Vererbung ganz so frivol hinwegsieht, wie der französische Adel des vorigen Jahrhunderts über die damalige sociale Noth hinwegsah. Wird die Catastrophe, der wir entgegentreiben, wirklich die einzige Erndte sein, welche Niemand gesäet hat?

Die Lage der Medicin in der Schweiz ist keine ausnahmsweise, sondern nur ein Theil unseres gesammten Culturbildes. Die Bilanz, wie sie nicht von Aerzten, sondern von unsern Staatsphilosophen und Journalisten für das Jahr 1882 festgestellt worden ist, bucht unter Anderem Folgendes:

1) Zunahme der Wirthshäuser.
2) Zunahme des Branntweinverbrauchs.
3) Zunahme der Vergehen und Verbrechen.
4) Schlechte Volksernährung.
5) Darniederliegen des Handwerkes.
6) Rückgang der Industrie.
7) Bedrängniss der Landwirthschaft.
8) Als Folge davon: Auswanderung in noch nie dagewesenem Maasse.

Wir Aerzte haben für dieses einzige Jahr unserseits noch beizufügen:

1) Zunahme aller Formen des alcoholischen Irreseins.
2) Verwerfung von Wirthschaftsgesetzen zur Beschränkung des Branntweinverbrauches in den Cantonen Neuchâtel, Solothurn, Basel, Aargau und Schaffhausen.
3) Verwerfung eines Gesetzes über Lebensmittelcontrole im Canton Glarus.

4) Wiederholte Verwerfung eines Gesetzes über öffentliche Gesundheitspflege im Canton Appenzell A.-Rh.

5) Rücknahme des Gesetzes über Fabrikation giftfreier Phosphorzündhölzchen durch die Bundesversammlung.

6) Glänzende Verwerfung des eidg. Epidemiengesetzes durch das gesammte Schweizervolk.

Wer die eine Reihe dieser Thatsachen kennen gelernt hat, begreift sofort auch die andere.

Dass unter solchen Verhältnissen „die Einheit, Kraft und Ehre der schweizerischen Nation erhalten und gefördert" werde, [1]) ist wenigstens für Aerzte noch unverständlich. Wie sollten wir unsern sonst so liebenswürdigen und hochachtbaren Mitbürgern darob zürnen! Hat man uns nicht berauscht mit der Phrase von der „Majestät des Volkes" und mit der Versicherung, dass ganz ausnahmsweise diese „Majestät" eine unfehlbare sei und dass sie ganz allein nicht auch gegen Schmeichler und Maitressen anzukämpfen habe! Unsere gegenwärtigen socialen Zustände enthalten keine grosse Empfehlung für unsere Institutionen, wohl aber eine schwere Anklage gegen deren Handhabung.

Dass das Epidemiengesetz mit unerhörtem Glanze durchgefallen, daran sind auch wir Aerzte schuld, denn wir waren, wie so viele Fortschrittsmänner, schlechte Psychologen und haben uns durch feingebildete Doctrinäre verleiten lassen, ein ganzes System zu bringen, statt einzelner bescheidener Brocken, wie das die Juristen in ihrem Obligationenrecht mit weiser Selbstbeschränkung gethan. Wir haben gemeint, für das Volk sei das Allerbeste gerade gut genug, dabei aber vergessen, dass nur die Neuenburger einen frischen Anschauungsunterricht genossen hatten, [2]) alle Andern aber mehr oder weniger auf ihre Phantasie angewiesen und von sonstigem Missbehagen erfüllt waren, welches, weil ein vielfach selbstverschuldetes, durch einen explosiven Act am bequemsten gemildert, wenn auch keineswegs geheilt werden konnte.

Die allgemeinen Forderungen des Epidemiengesetzes: Anzeigepflicht, Isolirung, Evacuation, Desinfection und öffentliche Unterstützung, sind so selbstverständlich und in allen Cantonen mehr oder weniger vollständig eingebürgert, dass an deren einheitlicher Durchführung gar nicht im Ernste gezweifelt werden kann. Neue Männer mit frischen Kräften müssen das Werk weiterführen und vollenden.

Dass die Schutzpockenimpfung in Misscredit gekommen, daran sind unsere Institutionen, ganz besonders die, ohne technische und ohne öconomische Unterstützung geforderten Militärimpfungen und ebenso sehr wir Aerzte alle schuld, die wir in zu weitgehender Gutmüthigkeit Alles impften und damit tausendfältiges Siechthum ganz unnöthigerweise der Vaccination anrechnen und aufbürden liessen. Die Art, wie die Impfung gefallen ist, durch Behauptungen gänzlich Unerfahrener, durch die Autorität von Leuten, die (mit seltenen Ausnahmen!) in ihrem eigenen Berufe ganz und gar keine Autorität erlangt haben, durch platte Lügen und Carri-

[1]) Ingress der Bundesverfassung von 1874.
[2]) Pockenepidemie 1881—1882. Neuenburg allein hat angenommen.



caturen, schliesslich auch im Wahne, dem staunenden Europa zu zeigen, dass wir die Gescheidtesten seien; das ist, psychologisch betrachtet, sehr betrübend.

Wir Aerzte haben, so gut wir konnten, in allen Cantonen unsere Schuldigkeit gethan, sind für unsere Erfahrung und für unsere Ueberzeugung persönlich eingestanden, wir haben uns tapfer und mit Anstand geschlagen und gewärtigen ruhig das Urtheil kommender Geschlechter.

Nebenbei hat auch Ihre Commission einen Aufruf in 121,000 Exemplaren mit den Tagesblättern der deutschen Schweiz unter das Volk vertheilt. Die gemachte Cassenausgabe ist ein bescheidenes Lösegeld für viele und schwere Vorwürfe, die uns später treffen würden, wenn wir geschwiegen hätten.

Selbstverständlich ist damit unsere Aufgabe keineswegs abgethan. Unser ärztliches Gewissen ist noch zu empfindlich und unser Gemüth zu wenig mephistophelisch, als dass wir nun unser Volk beim Wort nähmen und zusähen, wie es mit den wahrhaftigen Pocken, die es abzuschaffen vergessen, fertig werde. Wir werden impfen wie bisher und alle neueren Hülfsmittel zur Beschaffung guter Vaccine, zur Desinfection der Lancetten u. s. w. benützen und unsere Clienten ermahnen, das zu thun, was wir selber für uns und unsere Familien nicht lassen möchten.

Wir müssen den zahlreichen Impffreunden gerecht zu werden trachten und nicht minder auch der Mehrzahl von Impfgegnern, die sich bekanntlich nach den ersten Pockentodesfällen mit Ungestüm zur Impfung herbeidrängen. Da sind viele Söhne *Voltaire*'s, der 50 Jahre lang schrie: „écrasez l'infame!“ aber am Ende sich fragte: „Si je me trompe?“ — und beichtete.

Für unsern persönlichen Vortheil hätte uns nichts Besseres begegnen können, als die Aufhebung des Impfobligatoriums. Auf Polizeibefehl impfen oder einen Kranken behandeln zu müssen, ist für den Arzt so unerbaulich, wie für den Pfarrer eine Taufe unter Assistenz des Landjägers, wie wir sie auch schon erlebten. Wir Aerzte sind freier geworden, wir können jetzt die kränklichen, die erblich belasteten, die vernachlässigten und einem frühen Siechthume verfallenen Kinder ruhig zurückweisen und müssen die sehr hohe Mortalität des Kindesalters, die in einzelnen (übrigens wenig geimpften!) Cantonen und Bezirken so hoch steht, wie auf Island, nicht mehr auf die Rechnung der Impfung setzen lassen. Anstatt die Prügeljungen des Volksunwillens zu sein, werden wir unsere aufgeklärte und sentimentale Zeit auf ihre erbärmliche Kinderpflege, auf ihre rohe Behandlung der Frauen, auf die vielgestaltigen Vererbungen des Alcoholismus und auf die Folgen der gedankenlosen und armseligen Volksernährung aufmerksam machen und in alter Liebe, aber mit neuen Kräften das bedrängende Schicksal zu mildern und den Dünkel, der es verschuldet, zu mindern suchen.

Kehren wir zum Ausgangspuncte unserer Betrachtung zurück, so finden wir: „Alles begreifen, heisst Alles ertragen.“ Die Culturgeschichte kennt keine so verworrene und unklare Zeit, wie die unsrige. Die Völker sind überfluthet von neuen Erfindungen und von den allerverschiedenartigsten Ideen, welche seit Jahrtausenden die Geister bewegen und jetzt durch die Capillarattraction der Tagespresse in alle Gewebe der Gesellschaft eindringen. Die lexicalische Anhäufung des Allerverschiedenartigsten macht es erklärlich, warum viele Geschulte den Schwindlern



noch leichter in's Netz laufen, als selbst die Ungebildeten; wir Aerzte wissen davon zu erzählen. Die tonangebenden Männer aber, welche unsere Gesetze schreiben und zu Gerichte sitzen, sie befinden sich in ihrer grossen Mehrzahl noch auf dem Boden der antiken classischen Bildung und bestreiten den Naturwissenschaften jede sociale Bedeutung; sie sind auch in der Republik die Legitimisten im erbitterten Kampfe gegen die revolutionäre Naturwissenschaft.

In dieses Chaos Ordnung, in diese Gegensätze Versöhnung zu bringen, die Aufgabe zu erfüllen, welche im Alterthum der Rechtsgelehrte, im Mittelalter der Priester allein gelöst hat, das ist für unsere Zeit ganz vorzugsweise der Naturwissenschaft möglich, der socialen Anerkennung des Menschen, wie er leibt und lebt, mit seinem Hunger nach Brod und seinem Heimweh nach dem Idealen, mit seinem rastlosen Fleisse und seiner gründlichen Faulheit. Wer die Geschichte unserer Zeit betrachtet, bekommt den Eindruck, dass die Stabilen und die Formalisten viel bessere Menschenkenner waren, als die Männer des Fortschrittes und dass sich diese sogar etwas darauf zu Gute thun, in ihren Plänen Menschen vorauszusetzen, wie sie nicht sind.

Die naturwissenschaftliche Lebensanschauung reicht über die philosophischen und politischen Systeme hinaus, sie hat durch Vermittlung der Technik unser ganzes sociales Leben, durch Vermittlung der sogenannten Geisteswissenschaften auch das persönliche Leben umgestaltet, die Erkenntniss vermehrt, Duldung und Barmherzigkeit gefördert und vor Allem die unveräusserlichen Menschen*rechte* zur Anerkennung, wenn auch noch keineswegs zur Durchführung gebracht. Erinnern wir uns nur an die Criminaljustiz, an die Irrenpflege, an das Spitalwesen und an die Pädagogik.

Gegenwärtig kämpft die Gesellschaft mit dem Individuum um die Anerkennung der unveräusserlichen Menschen*pflichten* und es ist wieder die Naturwissenschaft, vor Allem die Hygieine, welche Ordnung bringen wird. Für sie gehört das sittlich religiöse Leben und das bürgerliche Recht so gut zum Begriffe des Menschen, wie das Athmen und das Essen, die Barmherzigkeit so gut wie der Erwerbstrieb. Die naturwissenschaftliche Weltanschauung verabscheut es, den Menschen heute zu vergöttern, um ihn dann morgen als Kanonenfutter und als Proletariat niedertreten zu lassen, sie gestattet nicht, eine Abrechnung zwischen Lust- und Unlustgefühlen zu machen, sondern betrachtet das Menschenleben als eine Aufgabe, welche durch Arbeit gelöst werden muss und die erhabene Moral, den Nächsten so zu behandeln wie sich selber, hat für sie die Bedeutung eines Naturgesetzes.

Die Naturwissenschaft empört sich gegen die Vivisectionen, welche man im Namen der Gewerbsfreiheit mit ganzen Bevölkerungsclassen anstellt, und verlangt vom Staate nicht nur mehr Brod, sondern auch mehr Moral.

Darin liegt der Grund, warum es uns Aerzten vor vielen Andern schwer wird, in der Politik zu glauben, wo wir nichts sehen und uns für irgend ein System zu begeistern, dessen Träger zu Grunde gehen. Wir müssen Empiriker bleiben und unsere Aufgaben concret auffassen; wir dürfen nicht den unglücklichen Handwerker nachahmen, der heutzutage „Philosophie, Juristerei und Medicin, und leider

auch Theologie, durchaus studirt mit heissem Bemüh'n" und dabei in seinem Berufe zurückgeht, nein, wir wollen grundsätzlich Aerzte sein und bleiben, wir wollen arbeiten zunächst am Krankenbette, bei der privaten und der öffentlichen Krankenpflege, dann bei der Schule, beim Armenwesen und der Waisenversorgung, bei der Volksernährung, beim Alcoholismus, kurz bei allen den socialen Fragen, welche wir nicht am Schreibpulte, noch beim Bierglase studiren, sondern in ihrer grausamen Wirklichkeit jeden Tag zu fühlen bekommen.

Dazu müssen wir vor Allem unser Vereinswesen ernst nehmen und dessen Kraft entwickeln zur Erreichung eines ausgiebigen hygieinischen Unterrichtes wenigstens an unseren höheren Schulen, zur Begründung einer rationellen Epidemienpolizei und zur Rehabilitirung der wissenschaftlichen ärztlichen Arbeit.

Es ist für unser Vaterland nicht gleichgültig, ob seine 1500 Aerzte ihrem Berufe Ehre machen oder nicht. Wir können und wir wollen treue Aerzte und gute Bürger sein, Pioniere einer bessern Zeit!

Ueber Ovarialhernie.

Von Dr. **O. Schenker,** Spitalarzt in Pruntrut.

Die Lehre über Ovarialhernien ist bis jetzt nur in beschränktem Sinne entwickelt worden; die Fälle sind selten und in der Literatur leicht zu zählen, so dass die Autoren, z. B. *Schrötter* in *Ziemssen*'s Sammelwerk (Band X) und *Veit* in der speciellen Pathologie und Therapie, herausgegeben von *Virchow*, sehr rasch über dieses Capitel hinwegkommen. *Engels* in Wien hat in einer verdienstvollen Arbeit, welche überall citirt wird, sich der Mühe unterzogen, die Fälle von Ovarialhernien zu sammeln und dieselben kritisch zu beleuchten und hat bei diesem Anlass 38 Fälle zusammengetragen. Prof. *Veit* in Bonn kennt sogar nur einen Fall von Ovarialhernie, von *Meadow* beschrieben, welcher am Lebenden, ausser bei Anlass einer Eröffnung des Bruchsacks bei Herniotomie, diagnosticirt worden. Es wird uns daher erlaubt sein, den verehrten Herren Collegen einen Fall von rechtseitiger Ovarialhernie am Lebenden — ohne Operation —, welcher von uns in letzter Zeit beobachtet worden und vieles Eigenartige und Interessante darbietet, das ich bis jetzt in der gynæcologischen Literatur nicht notirt vorgefunden habe, etwas ausführlicher vorzuführen. Schon die anamnestischen Momente sind sehr treffend und müssen auf etwas breiterer Basis abgehandelt werden:

Wir wurden am 20. März dieses Jahres zu einer Frau gerufen, welche an heftigen Gebärmutterkrämpfen leiden sollte.

Wir kannten die betreffende Patientin seit Jahren und haben sie oft an sogenannten „Krämpfen" behandelt, ohne eine exacte Diagnose über die Natur dieser periodischen Schmerzen stellen zu können — obwohl wir die Ovarien in den Kreis unserer diagnostischen Möglichkeiten gezogen — und vernahmen nun zum Voraus von ihrem Gemahl, dass diesmal die Krämpfe etwas verschiedener Natur seien; es hätte sich nämlich bei den Geschlechtstheilen eine bedeutende Anschwellung gezeigt, welche bei den frühern Anfällen nie vorhanden gewesen.

Bei unserem Besuch, Abends 7 Uhr, fanden wir die sehr intelligente Frau, welche die nothwendigen Daten in ganz ausgezeichneter Weise zu geben im Stande war, an heftigen Schmerzen in der Unterleibsgegend leidend, im Bett. Sie legt sich bald auf die



rechte, bald auf die linke Seite, bald auf den Rücken mit in die Höhe gezogenen Knieen, dann auf den Bauch, ohne dass irgend welche Lage die Schmerzen erheblich lindern könnte. Der Gesichtsausdruck ist ängstlich, sehr leidend, und kalter Schweiss perlt auf der Stirne. Nach ihren Aussagen ist der Anfall vor etwa $1^1/_2$ Stunden aufgetreten, stets von den nämlichen rasenden Schmerzen begleitet.

Die Untersuchung ergab folgendes Resultat: etwas anæmische Frau; Becken in der Quere etwas verengt und unregelmässig, Uterus normal, portio vaginalis mit vielen Narben, Bauch und Bauchdecken ohne besondere Zeichen als vielen Narben ältern und jüngern Datums, Bauch bei Druck nicht schmerzhaft. Die innere Untersuchung musste etwas rasch und oberflächlich vor sich gehen, da Patientin zu sehr litt, um eine complicirte Untersuchung längere Zeit aushalten zu können.

Rechts seitlich und nach oben von der grossen Schamlippe finden wir eine eiförmige Geschwulst unter dem *Poupart*'schen Bande, nach allen Seiten durchaus tastbar und mit dem Zeigefinger umgrenzbar, von der Grösse einer starken Nuss, von ziemlich harter, überall gleichartiger Consistenz, und bei Druck sehr schmerzhaft. Der Tumor ist beweglich, aber nicht reponirbar, nicht mit Gas oder Flüssigkeit gefüllt und zeigt kein Gurren bei Repositionsversuchen. Wir müssen aber gestehen, dass letztere nicht mit grosser Energie ausgeführt wurden, der starken Schmerzhaftigkeit wegen und aus Gründen, die sich später aus der Anamnese ergeben werden. Die Geschwulst besitzt die Form und Gestalt eines grossen harten Bubo; die Haut ist aber darauf leicht verschiebbar und an dem der grossen Schamlippe zugekehrten Ende des Tumor fühlen wir durch die Haut durch eine leichte, schnur- oder bandartige Erhöhung (analog der Epididymis des Hodens), welche den Eindruck einer Tuba oder eines Convolutes von Gefässen und Nerven (hylus) oder eines Ligamentes macht. Die Richtung der Geschwulst geht schräg von unten nach oben, die beidseitigen entgegengesetzten Pole abgeplattet, die Länge 4—5 cm., die Breite in der Mitte $2^1/_2$—3 cm. Wie schon bemerkt, ist die Geschwulst prall gespannt und hart anzufühlen, bei Druck und Repositionsversuchen sehr schmerzhaft, weshalb davon Abstand genommen wurde, besonders da der Tumor nach Ablauf einiger Stunden sich von selbst reponirte. Er war plötzlich zum Vorschein gekommen, das heisst die Schmerzen traten plötzlich mit Heftigkeit auf und ebenso plötzlich war die Geschwulst vorhanden; vor dem Anfall keine Schmerzen und kein Tumor.

Lassen Sie mich diese merkwürdige Erscheinung, etwas weiter ausholend, durch die Anamnese beleuchten, welche in präciser, ausführlicher Weise von der Patientin geboten wird und scharfe Schlaglichter auf die Entstehung der Geschwulst wirft.

Frau N., die Frau eines Cantonsschullehrers, 35 Jahre alt und ziemlich schwächlicher Constitution, ist seit 13 Jahren verheirathet und hatte im Laufe der Jahre 8 ausgetragene Kinder, nebstdem einen Abortus von etwa 3 Monaten. Vor etwa 6 Jahren überstand sie eine schwerere Geburt, welche vom Herrn Collegen Dr. *Conrad* in Bern geleitet wurde, und seither, das heisst ein Vierteljahr nach dieser schweren Entbindung, während die andern ohne Kunsthülfe vor sich giengen, datiren von Zeit zu Zeit heftige Schmerzen in der Leisten- und Unterleibsgegend, oder „Krämpfe“, wie Patientin dieselben nennt. Ein Bruch oder eine andere Geschwulst konnte nie nachgewiesen werden, obwohl wir Frau N. zu wiederholten Malen untersuchten und auch den oben genannten Abortus überwacht hatten. Dieser sogenannten Krämpfe wegen waren wir von Zeit zu Zeit consultirt worden — seit 5 Jahren — ohne über die Diagnose derselben im Klaren zu sein. Ob sie nun von den Ovarien, ob vom Uterus oder dessen Adnexen ausgehen, konnte nicht constatirt werden und Chloroformeinreibungen, Morphiuminjectionen, laue Bäder, Opiumklystiere konnten die geradezu rasenden Schmerzen nur vorübergehend stillen. Patientin fühlte auch sehr wohl, dass ihr Allgemeinbefinden seit dieser schweren Entbindung schlechter und schwächer geworden.

Die Anfälle oder Krämpfe zeigten aber eine besondere Eigenthümlichkeit: sie traten anfangs nicht jeden Monat, aber stets einige Tage vor der Periode auf, bisweilen, aber viel seltener und dann schwächer, auch unmittelbar nach der Menstruation, später beinahe jeden Monat und stets nach einer mehr oder weniger heftigen Anstrengung; jeder Anfall dauerte ein paar Stunden.

Besonders aber muss hervorgehoben werden, dass seit den obgenannten 6 Jahren



Frau N. noch dreimal in die Wochen kam und dass jene Krämpfe während der Schwangerschaftsdauer nie eintraten.

Vor 11 Monaten nun gebar Patientin zum letzten Male und die Geburt verlief normal. Zwei Monate später und zwar genau 8 Tage vor Wiedereintritt der Menstruation (Frau N. nährt nämlich ihre Kinder nicht selbst) traten die Krämpfe wieder auf und seither jeden Monat periodisch, jedesmal 8 Tage vor der Menstruation und etwa 4 Mal, dann aber von kürzerer Dauer und geringerer Intensität, auch unmittelbar nach der Periode. Während dieser 9 Monate mag sie etwa 12 Anfälle überstanden haben, allein jedesmal traten die Schmerzen plötzlich und mit Macht auf und Patientin musste sich zu Bette legen. Jedesmal war auch der Tumor vorhanden — und zwar ebenso plötzlich — den ich oben beschrieben und der sich vor der letzten Entbindung nie gezeigt hatte.

Der Eintritt der Schmerzen sowie das Erscheinen der Geschwulst waren spontan, die Krämpfe also Folgen des Tumors und dauerten 3—4 Stunden, nach deren Verlauf der Tumor sich ebenso rasch zurückzog, verschwand, und die Schmerzen ebenso rasch aufhörten.

Nach dem Anfall befand sich Patientin schwach, aber sonst wohl; Brechneigung und Brechreize zeigten sich hie und da während der Anfälle.

Der Anfall, den wir selbst beobachteten, dauerte von $5\frac{1}{2}$ Uhr Abends bis $9\frac{1}{2}$ Uhr, nachdem wir eine Morphiuminjection applicirt, und die Geschwulst hatte sich plötzlich schräg nach oben von selbst reponirt und zwar ruckweise, ohne dass wir einen Repositionsversuch gemacht, und so schnell, dass wir mit dem Zeigefinger kaum noch deren unterem Ende folgen konnten.

Nach Reposition des Tumors konnten wir eine äussere Bruchpforte einer äussern Leistenhernie constatiren und mit dem Finger in den Leistencanal etwas eindringen.

Wir haben noch beizufügen, dass Patientin in 8 Tagen ihre Periode erwartet und dass beim vorletzten Anfall, der auch exact 8 Tage vor der Menstruation eintrat, die Krämpfe von $10\frac{1}{2}$ Uhr Morgens bis $2\frac{1}{2}$ Uhr Nachmittags gedauert haben.

Welche Diagnose ist nun in diesem Falle möglich? Es kann sich der Oertlichkeit nach nur um Folgendes handeln:

1) Um einen Bubo oder irgend eine geschwollene Inguinaldrüse.
2) Um eine maligne Geschwulst.
3) Um eine Inguinalhernie und
4) Um eine Ovarialhernie (rechtseitig).

Vorerst können Nr. 1 und 2 entschieden ausgeschlossen werden, da der Tumor periodisch erscheint und verschwindet, indem er sich selbst reponirt. Von einer incarcerirten Inguinalhernie, von einer Ausbuchtung des Peritonäum mit Fettklumpen, oder einem Stück des Mesenterium kann auch keine Rede sein. Dagegen sprechen die frühere Abwesenheit eines Leistenbruches, der niemals und zu keiner Zeit vorhanden, ferner die Periodicität der Erscheinungen und der Umstand, dass Tumor und Schmerzen jedesmal ungefähr 8 Tage vor den Menses eintreten, ferner die Abwesenheit von Darminhalt, flüssigem oder festem — kein Gurren bei Druck —, ferner die ungemeine Schmerzhaftigkeit und Nichtreponirbarkeit durch die Hand des Arztes und endlich hauptsächlich die Form der Geschwulst, welche exquisite Eiform besitzt, nebst einem durchfühlbaren Band am untern Pole und welche mit dem Finger exact umschrieben werden kann, ohne wahrnehmbare Fortsetzung nach oben aufzuweisen. Ferner spricht gegen einen Leistenbruch ganz besonders auch der Umstand, dass während einer Schwangerschaftsdauer, also während des Wachsens und der Ausdehnung des Uterus, die Schmerzen nie und



nimmer aufgetreten sind und dass sich die Krämpfe erst wieder nach der Evolution der Gebärmutter einstellten, wenn sich der Uterus wieder entleert und zurückgebildet hatte.

Es kann sich also nur um ein, vielleicht schon geschwollenes Ovarium handeln im Zustand der Reifung der Follikel, obwohl wir bei dem ungemeinen Schmerzzustande der Patientin nicht im Stande waren, durch combinirte Untersuchung die Abwesenheit des rechten und die Anwesenheit des linken Ovarium an der gewöhnlichen Stelle zu constatiren. Ferner mag die Selbstreponirung des Tumor sehr frappirend und ein solches Verhalten wohl noch nie beschrieben worden sein.

Wie können wir uns nun die Genese dieser Erscheinung erklären? Vorerst gibt uns die Anamnese verschiedene Anhaltspuncte.

Bekanntlich sind die Ovarialhernien theils angeborene, theils erworbene, erstere von einem Offenbleiben des Processus vaginalis peritonei aus entstehend. In unserem Falle ist die Hernie eine erworbene und kann als äusserer, wahrnehmbarer Eierstockbruch erst seit Monaten existiren.

Wir haben früher gesehen, dass Patientin erst vor 6 Jahren nach einer schweren Entbindung über periodisch wiederkehrende Schmerzen zu klagen anfing, welche anfänglich alle zwei Monate, später monatlich und endlich gar hie und da 2 Mal per Monat auftraten. Sie waren stets von der Zeit der Periode abhängig, etwa 8 Tage vor Eintritt der Menses und boten stets den nämlichen Typus dar: ziehende Schmerzen in der rechten Lendengegend mit Ausstrahlung gegen die Mitte der Symphyse (Uterus). In den Zeiten der Schwangerschaft hörten sie vollständig auf. Vor 9 Monaten, wieder nach einer Entbindung, kehrten sie mit vermehrter Stärke zurück und plötzlich war, äusserlich gut unterscheidbar, und allseits umfassbar, ein Tumor da, der sich als Ovarium erweisen musste. Es ist nun wohl annehmbar, dass das rechte Ovarium schon vor 6 Jahren in Folge einer schweren Geburt sich zu senken begann. Patientin gibt genau an, dass sie sich nach jener Geburt auffallend schwach fühlte und auch seither nie ihre frühere Kraft erreicht habe.

Relaxationen der Gewebe und der Bänder, welche Ovarien und Uterus fixiren, mögen nebst allgemeiner Anæmie prädisponirend zu diesem Descensus mitgewirkt haben und wir können uns auch leicht vorstellen, dass einige Zeit vor Eintritt der Menses das periodisch schwellende Ovarium durch eigene Schwere und Zug das Hinabsinken unterstützt. *Henle* zeigte auch, dass das Ligamentum infundibilo-pelvicum, welches zwischen infundibulum und Beckenwand ausgespannt ist, sich in Folge der Schwere des Ovariums und Druck der Baucheingeweide senken kann — auch durch Erschlaffung der Gewebe — und möglicherweise kommen hier noch glatte Muskelfasern in Betracht, die sich in weiter Verbreitung im Ligamentum latum vorfinden. (*Klebs*, pathologische Anatomie.) Diese glatten Muskelfasern würden also für die Locomotion der Ovarien von Bedeutung sein. Durch Verlängerung des Ligamentum infundibilo-pelvicum einerseits, andererseits durch Druck der Eingeweide, Pressen bei einer schweren Entbindung etc., dann bei Relaxationszuständen der Gewebe und allgemeiner Schwäche kann das Ovarium in



den Leistencanal hineingetrieben worden sein und hat denselben Punct für Punct mit der Zeit ausgedehnt, indem es von Menstruation zu Menstruation, von Jahr zu Jahr tiefer sank, bis es endlich, bei Gelegenheit einer letzten Geburt und damit verbundener starker Bauchpresse so tief hinabgedrängt worden, dass es bei Gelegenheit am äussern Leistenring zum Vorschein kam.

Damit würden sich die jahrelang bestehenden periodischen Schmerzen erklären, diese Krämpfe, welche wir früher nie deuten konnten, ferner das Ausbleiben derselben während der Schwangerschaftsdauer, da der vergrösserte und in die Höhe wachsende Uterus das Ovarium an seinem Ligamentum nach sich ziehen musste.

Die pralle Consistenz der Geschwulst und die grosse Schmerzhaftigkeit bei Druck deuten auf active und passive Hyperämie, eine active durch die periodische Reifung der Ovula, eine passive durch Druck bei der Einschnürung am Leistenring auf die zuführenden Gefässe und Nerven.

Wenn wir auch auf die genannte Weise die Erklärung eines Descensus des Ovariums geben können, und sein Vordringen durch den Leistencanal bis vor den äussern Leistenring, so bleiben doch immerhin als räthselhafte Probleme: 1) die Periodicität der Anfälle sowie des Erscheinens des Tumors und 2) dessen Selbstreponirung vorhanden.

Dass beim Reifen der Eier das Ovarium an Gefässreichthum, also auch an Volumen und Gewicht zunehmen muss, ist zweifellos, und dass es bei einem gegebenen intraabdominellen Drucke oder bei äusserer gewaltsamer Anstrengung aus dem Leistenring hervortreten kann, ist zum Mindesten erklärlich. Damit ist aber für die Periodicität nicht viel gewonnen, noch viel weniger aber für das regelmässige Zurückweichen und für das vereinzelte Auftreten des Tumors nach den Menses.

Wir haben früher gesehen, dass die Schmerzanfälle 3—4 Stunden dauern, dass mit dem Anfang der Schmerzen die Geschwulst erscheint und mit dem Aufhören derselben durch den äussern Leistenring rasch verschwindet.

Wo steckt nun die Kraft, welche die Geschwulst nach 3—4stündigem Verweilen so rasch wie sie erschienen, wieder verschwinden lässt? Wir haben vorhin vom Ligamentum infundibilo-pelvicum gesprochen; aber angenommen selbst, dass dieses Ligament glatte Muskelfasern enthalte, was noch nicht bewiesen, muss doch noch eine andere Ursache vorhanden sein, welche auf diese periodisch wirkt, dieselben einerseits zur Verlängerung, anderseits zur Contraction antreibt. Oder sollen wir es nur durch elastischen Zug erklären? Diese Kraft oder Reizung muss entweder im Ovarium selbst liegen in Folge seines hyperämischen Zustandes oder durch eine Nervenreizung hinzukommen, mag nun letztere durch das Allgemeinbefinden der Patientin beeinflusst werden oder nicht.

Wir müssen gestehen, dass wir zur Erklärung dieses Phänomens noch keine bestimmte Anschauung gewonnen haben und mit nebelweiten Hypothesen mögen wir die verehrten Herren Collegen nicht unterhalten.

Wir glauben zwar beobachtet zu haben, dass während des Anfalls leichte Contractionen der Bauchmusculatur ausgelöst wurden, welche, durch irgend eine



Nervenerregung beeinflusst, vielleicht auf die contractilen Elemente der Ovarienligamente zusammenziehend wirken. Allein die eigentliche prima causa der Erscheinung bleibt uns vor wie nach dunkel und lassen wir sie bis auf Weiteres dahingestellt.

Was nun endlich den Ausgang dieses interessanten Phänomens betrifft, so kann von einer Lebensgefahr keine Rede sein, so lange die Geschwulst sich regelmässig selbst zurückzieht. Die Schmerzen sind allerdings sehr lebhaft, aber von relativ kurzer Dauer und nur in ziemlich langen freien Intervallen auftretend; etwas Erschöpfung und Mattigkeit ist Alles, was zurückbleibt. Allein das Ovarium könnte sich doch einmal einklemmen und ist in erster Linie ein Versuch der Reposition in der Chloroformnarcose — der grossen Schmerzhaftigkeit bei Druck wegen — zu versuchen, und sollte diese nicht gelingen, ist Herniotomie oder event. die Exstirpation des Ovarium indicirt.

Ob subcutane Injectionen von Morphium etwas nützen, ist noch zweifelhaft; vielleicht dass sie die Dauer des Anfalles abkürzen und die Selbstreponirung erleichtern. In dem Zeitpunct, als wir zur Patientin gerufen wurden, machten wir die Injection erst spät, wobei der Tumor sich allerdings bald zurückzog, sich aber wahrscheinlich auch sonst, als gegen das Ende des gewöhnlichen Anfalls, retrahirt hätte.

Ob vielleicht Anwendung der Electricität oder rasche intensive Kältewirkung durch Aether, auf den Tumor applicirt, die Reposition beschleunigen wird, mag die Zukunft lehren.

Jedenfalls werden wir versuchen, durch ein gewöhnliches Bruchband einer rechten äussern Leistenhernie mit stark convexer Pelotte das Vordringen des Ovarium zurückzuhalten.

Vereinsberichte.

XXVI. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Basel

Freitag den 25. und Samstag den 26. Mai 1883.

Präsident: Dr. *Sonderegger*. Schriftführer ad hoc: Dr. *Siebenmann*, Brugg.

Der herzliche und splendide Empfang, den die Basler uns vor 3 Jahren bei gleichem Anlasse bereitet haben, war noch zu frisch in unser aller Erinnerung, um nicht anlässlich dieser erneuten Einladung als mächtiger Reiz auf den ärztlichen Wandertrieb zu wirken. Und in der That: der Genuss jener alle Jahre einmal wiederkehrenden Studienzeit von 1½ Tagen bildet ein köstliches Kleinod in dem täglichen Einerlei des von der Alma mater weit seitwärts abgedrängten Land- (und Stadt-?) Arztes. Schon lange hatten wir uns auf jenen Moment gefreut — wie die Kinder vor Weihnachten — und nun war der ersehnte Tag angebrochen, die Praxis, dank dem anhaltend guten Wetter, etwas flau und die Sonne machte ein freundliches Gesicht. Bereits begrüssten sich die anlangenden Collegen in kleinern Gruppen auf dem Bahnhofperron zu Basel, um auch gruppenweise sammt



dem minimen Handgepäck in den nächstgelegenen Hôtels auf kurze Zeit zu verschwinden.

Es mögen ca. 80—100 gewesen sein, die sich bald nach 8 Uhr im obern Saale der Kunsthalle zusammenfanden, um an der Sitzung der Basler med. Gesellschaft Theil zu nehmen. Der Präsident der letztern, Herr Prof. *Kollmann*, hiess die Gäste in jovialen Worten herzlich willkommen und ertheilte dann, indem er zuvor wegen der daraus resultirenden „Verkehrsstörung“ um Entschuldigung bat, das Wort an Herrn Prof. *Immermann* zu seinem Vortrage über progressive Muskelatrophie:

Redner führt einen 26jährigen, im übrigen kräftigen Solothurner vor, dessen Erkrankung im 21. Lebensjahre damit begann, dass das Heben der Arme über die Horizontale — namentlich beim Seitwärtshalten — sehr erschwert wurde, zugleich allmälig zunehmende Abmagerung der Schultern und Oberarme und auffälliges Entfernen der Schulterblätter von der Wirbelsäule eintrat, während der Ernährungs- und functionelle Zustand des übrigen Körpers und namentlich auch der Vorderarme und Hände ganz normal blieb. Schmerz bestand nie in dem erkrankten Gebiet. — Der bis auf die Hüften entkleidete Patient, der nun zu genauerer Untersuchung die Runde macht bei allen Anwesenden, zeigt einen fast completen Schwund der Mm. pector. majores, der bicipites und tricipetes (linkerseits etwas besser erhalten). Die Deltoides sind noch zureichend, aber die Serrati fast ganz atrophisch, der Rhomboides nur links noch restweise erhalten. Die Scapulæ sind weit nach aussen gewichen; zwischen ihrem innern Rande und den stark prominenten proc. spin. befindet sich eine breite muldenförmige Vertiefung. Die atrophischen Muskeln sind schlaff und weich.

Zeichnet sich dieser Fall von dem gewöhnlichen Bilde der progr. Muskelatrophie schon dadurch aus, dass die Krankheit hier 1) bei einem in juvenilem Alter stehenden Individuum auftrat, 2) sich dieselbe auf die Muskeln des Schultergürtels beschränkte, so verdient er unser Interesse noch um so mehr des eigenthümlichen Umstandes wegen, dass nie fibrilläre Zuckungen auftraten in den erkrankten Muskeln; auch ist die electrische Erregbarkeit der letztern sowie der zugehörigen Nerven ganz normal und nur einzelne Muskeln bieten schwache Zeichen von Entartungsreaction.

Dass 3 Geschwister dieses Patienten ganz ähnlich erkrankt sind, wir es also hier mit einem Familienübel, mit „familiärer Disposition“ zu thun haben, bietet den 4. bemerkenswerthen Punct. Der Vortragende erwähnt analoge, von *Westphal Schultze* und *Erb* beobachtete Fälle, welche wenigstens in obgenannten 3 Puncten übereinstimmen und welche zusammengefasst werden können in die gemeinsame Gruppe der juvenilen Form.[1]) — Bei der progr. Muskelatrophie der Kinder ist die Regel die, dass meistens die untern Extremitäten und das Gesäss zuerst befallen werden, dass sich diese Krankheit nicht selten complicirt mit bedeutender Lipomatose des interfibrillären Zellgewebes, dass fibrilläre Zuckungen selten sind und dass Here-

[1]) Eine ausführlichere Arbeit über die in der Basler med. Klinik beobachteten Fälle von juveniler Muskelatrophie wird unter dem Titel: „Ueber eine eigenthümliche Form von hereditärer (familiärer) progressiver Muskelatrophie“ demnächst von Herrn Dr. med. *Fr. Zimmerlin* (gewesenem Assistenzarzt der Klinik) in der Zeitschrift für klinische Medicin (herausgegeben von *Frerichs, Nothnagel, Leyden, v. Bamberger*) erscheinen. *Immermann.*



dität als ätiologisches Moment in den Vordergrund tritt. — Die 3. Gruppe, die progr. Muskelatrophie des spätern Alters, zeichnet sich dadurch aus, dass die kleinen Muskeln der Hand zuerst befallen werden, dass fibrilläre Zuckungen und Entartungsreaction die Regel bilden und dass ätiologisch mehr die Einwirkung bestimmter Schädlichkeiten, als Heredität und familiäre Disposition sich geltend macht.

Was die Prognose der juvenilen Form anbelangt, so ist sie quoad vitam günstig; es pflegt, wie es in vorliegendem Falle geschah, Stillstand einzutreten. Die Therapie ist machtlos. Die Frage, ob diese Erkrankung myopathischer oder spinaler Natur sei, muss, bis sie durch Sectionen beantwortet werden kann, offen gelassen werden.

Der Vortrag erntete reichen Applaus. Dann ergreift Herr Prof. *Huguenin*, die Eröffnung der Discussion benützend, das Wort. An die letzten Worte des Vortragenden anknüpfend, erklärt er, in der Lage zu sein, über die Section eines ganz analogen Falles, wie der eben demonstrirte war, berichten zu können. Leider sei aber das Resultat eher ein negatives zu nennen: Die Muskelreste der ergriffenen Partien sowie die zugehörigen Nerven zeigten keine Merkmale der Entzündung, sondern sie waren einfach reducirt. Es ist also nicht zu denken an eine allfällig überstandene Neuritis. Das Rückenmark, in der Höhe des Abgangs des Plexus brachialis, war in den Seitensträngen reducirt; die vordern Wurzeln waren um 20—30% verdünnt. Die microscopische Untersuchung ergab eine mässige Atrophie der Seitenstränge (10—15% derselben fehlten), sich darstellend als eine einfache Faserverdünnung. Die Vorderhörner waren auffallenderweise ganz normal; ebenso ergab die Untersuchung des Gehirns macroscopisch und microscopisch nichts Abnormes. Es verringerte sich evident die Atrophie der Seitenstränge ganz allmälig nach oben, um schliesslich gegen das Hirn zu zu verschwinden. Demnach hätte die Annahme, dass hier eine primäre Myopathie vorläge, die meiste Wahrscheinlichkeit für sich.

Da Niemand mehr in die Discussion eingriff, wurde der I. Act geschlossen.

„Solche Verkehrsstörungen würden wir uns alle Tage gerne gefallen lassen“, bemerkte mein Nachbar ganz richtig. — Indessen war drunten im Erdgeschoss ein reichliches Gastmahl bereitet worden für die alten Studenten und ihre lieben Lehrer und vor der Thüre hatten einige mächtige Bierfässer Posto gefasst.

Bei jedem Teller lag wieder, wie vor 2 Jahren, als freundliches Geschenk des Herrn Verlegers B. Schwabe, ein sehr hübsch auf Büttenpapier gedrucktes Miniatur-Commersbuch, „Alte Weisen“, geschmückt mit Holzschnitten nach *Holbein*, *Urs Graf* etc. und enthaltend eine glückliche Auswahl der üblichsten academischen Lieder. Anfänglich war die Gruppirung um die Tische eine zufällige, später fand sich zusammen, was zusammengehörte. Die Reihe der nach alter fröhlicher Studentenzeit klingenden Reden eröffnete Herr Prof. *Kollmann* als Präsident der medicinischen Gesellschaft von Basel und Herr Prof. *D'Espine* stimmte das erste Lied an: „Stosst an, Basel soll leben“; fröhlich und ohne wehmüthige Erinnerung ertönte der Ruf: „Frei ist der Bursch“. Im spätern Verlauf der allgemeinen Bier-Fidelität liess Dr. *Barth*, Basel, einen Salamander steigen auf unsern verehrten Präsidenten *Sonderegger*. Der aber verwahrte sich gegen solche „Todtenopfer“, bat um die Erlaubniss, wieder aufzuerstehen und sein Hoch dem gastfreund-



lichen Basel zu bringen, ein Hoch, dem hundertfaches langes und lautes Echo folgte.

Draussen in der kühlen Nachtluft unter den Bäumen des Gartens sass noch bis über 1 Uhr eine sorgenlose, glückliche Schaar, der keine Stunde schlug und keine Nachtglocke rief.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Präsident: Prof. Dr. *Kollmann*, Actuar: Dr. *Dan. Bernoulli.*

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli.*

Sitzung vom 15. März 1883.[1])

Anwesend 21 Mitglieder.

Geschäftliches.

Dr. *Sury* führt einen Fall von halbseitiger Gesichtsatrophie vor, Schwahn, der jetzt auf seine Krankheit Kunstreisen macht, und verliest dazu das Referat von *Virchow* (Berliner klinische Wochenschrift, 1880, Nr. 29).

Derselbe referirt über einen von ihm beobachteten Fall von Kryptorchismus mit Hernia incarcerata, welcher demnächst in extenso mitgetheilt wird.

Prof. *Roth* vermuthet nach der Beschreibung, dass ein Fall von *Krönlein*'s Hernia inguino-properitonealis vorliege. Diese Bruchform hängt mit Störung im Descensus testiculi zusammen, ist so schwer zu erkennen, dass unter den von *Krönlein* gesammelten Beobachtungen nur einmal, und zwar von *K.* selbst, die Diagnose gestellt wurde.

Prof. *Socin* lässt das Vorhandensein eines besondern Sackes für Hernia inguino-properitonealis entscheidend sein. Mit Rücksicht auf die Möglichkeit der raschen Darmgangrän hätte er auch ohne sichere Diagnose einer Hernie operirt und jedenfalls den Hoden exstirpirt.

Dr. *Courvoisier* hat inzwischen an dem herumgebotenen Präparat einen besondern Bruchsack gefunden und gibt damit die Hernia inguino-properitonealis zu.

Dr. *Sury* referirt schliesslich über 2 Fälle von Trichinose (in extenso mitgetheilt im Corr.-Blatt vom 1. Juni).

Thierarzt *B. Siegmund*, Schlachthausverwalter, berichtet, dass am Nachmittag des 15. November 1882 der Gastwirth M. ein Schwein, das auf der hiesigen Wasenmeisterei gezüchtet und gemästet worden war, in das Schlachthaus brachte. „Aus wissenschaftlichem Interesse, und weil ich voraussetzte, dass die Abdeckerei der für Fortpflanzung von Trichinen geeignetste Ort sei, unterwarf ich seit 1870 alle von dort stammenden Schweine der microscopischen Untersuchung; da ich nun aber gerade, wie das betreffende Schwein geschlachtet wurde, keine Zeit zum Microscopiren hatte, so ersuchte ich meinen Adjuncten, von diesem Schweine die vorschriftsmässigen Proben zu entnehmen und mir andern Tages vorzulegen. Die Proben wurden nun zwar entnommen, ich aber vergass im Drange der Geschäfte

[1]) Erhalten 31. Mai 1883.



die projectirte Untersuchung und wurde auch nicht daran erinnert. Zur Mittagszeit des 21. November brachte der gleiche M. wieder ein Schwein von der Wasenmeisterei zur Schlachtung; hiedurch erinnert, nahm ich die von meinem Adjuncten bei Seite gelegten Proben des ersten Schweines vor und fand im ersten microscopischen Präparate mehrere Trichinen. Sofort eilte ich zu M., confiscirte die im Salze liegenden noch erhältlichen Fleischtheile (Seiten und Schinken) und erkundigte mich nach der Verwendung des nicht mehr vorhandenen Fleisches. Da ich erfuhr, dass Alles in gut gekochtem oder gebratenem Zustande verspeist worden war und nur M. circa 50 grmm. rohen Fleisches genossen habe, so ersuchte ich in seiner Abwesenheit die Frau, ihren Mann zu bewegen, sich ärztlich behandeln zu lassen, da er mit Trichinen inficirt sei.

Frau M. versprach mir dies sowohl, als auch ihren Mann gleich andern Morgens zu mir zu senden. Am Morgen des 22. November zwischen 9—10 Uhr kam wirklich M. mit dem Züchter des Schweins, Cantonsthierarzt *Gnœpf*, zu mir auf's Bureau. Ich zeigte den Beiden die dem Schweinefleisch entnommenen Trichinen durch das Microscop, erklärte die Gefährlichkeit und forderte M. wiederholt und dringend auf, sich sofort ärztlich behandeln zu lassen. M. lachte zuerst über die Gefahr, unterstützt von dem ebenfalls ungläubigen Cantonsthierarzt, versprach aber dann, auf mein ernstes Drängen, sofort zu Herrn Physicus Dr. *Lotz*, mit dem ich schon gesprochen hatte, zu gehen, um sich ärztlich behandeln zu lassen. Andern Tages, den 23., frug ich M. persönlich, ob er ärztliche Hülfe in Anspruch genommen habe. Lachend verneinte es dieser. Frau M. sagte mir nun, Herr Dr. *Sury* werde sie noch gleichen Tages besuchen und sie wolle denselben dann vom Sachverhalt in Kenntniss setzen.

Nach drei Tagen ging ich wiederum in die M.'sche Wirthschaft und erfuhr, dass Dr. *Sury* ihrem Manne drei Pulver verordnet habe, welche aber erst 24 Stunden später eingenommen wurden. Da ich sah, dass von mir aus durchaus nichts mehr gethan werden könne, so liess ich der Angelegenheit ihren Lauf. — Nach 8—10 Tagen, also circa drei Wochen nach der Infection, kam eines Abends M. auf mein Bureau und erzählte mir, er fühle sich seit einigen Tagen sehr müde und unwohl, könne auch gar nichts essen und habe zeitweilig Schmerzen im Kopfe und den Waden. Da ich sofort ein schon sehr stark ausgeprägtes Oedem der Augenlider bemerkte, so erklärte ich M. rund heraus, er habe eben die Trichinosis und werde nun wohl gezwungen sein, sich ärztlich behandeln zu lassen.

Ich habe in der hiesigen Schlachtanstalt die Einführung der microscopischen Fleischschau niemals angeregt, da dieselbe eine sehr theure und den Geschäftsbetrieb hemmende Sache ist, ohne absolut sichere Resultate zu liefern. Da ein gewissenhafter Microscopiker täglich nicht mehr als acht Schweine untersuchen kann, so müssten wir in der hiesigen Schlachtanstalt wenigstens 6 solcher Angestellter beschäftigen, wovon jeder doch 2000 Fr. Jahresbesoldung haben müsste; es würde dies aber dennoch keine absolute Sicherheit bieten, da erfahrungsgemäss gerade in deutschen Staaten, wo die microscopische Fleischbeschau eingerichtet ist, in den letzten Jahren verschiedene Trichinenepidemien vorgekom-



men sind. Es ist dies auch leicht erklärlich, da eben ein Microscopiker, der Monate und Jahre lang immer mechanisch die gleiche Arbeit und zwar so oft resultatlos ausführen muss, schliesslich in solchem Grade ermattet und gleichgültig gemacht wird, dass er leicht, wenn dann einmal ein Fund zu machen wäre, denselben übersieht.

Das einzige Mittel zur Verhütung der Trichinosis ist eben das völlige Durchkochen und Durchbraten des Schweinefleisches, worauf ich bei jeder Gelegenheit in den öffentlichen Blättern sowohl, als auf privatem Wege aufmerksam gemacht habe.

Anno 1879 und 1880 wurden in der hiesigen Schlachtanstalt 2000 Schweine microscopisch auf Trichinen untersucht, wovon eines, das mit 44 andern vom Berliner Markte gekommen war, stark trichinös war. Ich habe damals und seitdem in den öffentlichen Schlachtberichten auf die Gefahr der Trichinosis aufmerksam gemacht, aber ohne jeden sichtlichen Erfolg.

Die Aufhebung der Schweinezüchterei und Mästerei auf der Wasenmeisterei habe ich selbst schon vor zwei Jahren angeregt und war dieselbe auch eine beschlossene Sache und sollte längst durchgeführt sein, als die M.'sche Infection erfolgte.

Prof. *Roth* hat seit den 2 frühern Beobachtungen noch einen 3. Fall von geheilter Trichinose beim Menschen getroffen. Ein 50jähriger Mann, seit 19 Jahren in Basel als Färber thätig, war zuvor 2 Jahre lang in Lörrach, 4 Jahre in Strassburg und 5 Jahre in Schopfheim Metzger gewesen. Die Trichinen waren zu ungefähr $^4/_5$ abgestorben und verkalkt. Demnach ist die Infection eine sehr alte und hat höchst wahrscheinlich entweder im Wiesenthal oder in Strassburg stattgefunden.

Im Ganzen traf *R.* 3 Mal Trichinen unter 2578 Sectionen, somit 1 : 8—900 Leichen, was den Erfahrungen für Erlangen (*Zenker* 2 : 1812) entspricht.

Bei dieser Gelegenheit weist Prof. *Roth* 2 anderweitige Parasitenpräparate vor: 1) 3 Echinococcenblasen nebst zahlreichen Scoleces, welche Dr. *G. A. Steger* in Lichtensteig übersandt hat. Sie stammen von einem 27jährigen Mann, der sie nach heftigen, von der äussern Blasenöffnung nach der rechten Niere ziehenden Schmerzen und sehr entwickelter Isch- und Dysurie mit $1^1/_2$ Liter trübem blutigem Harn (1. Februar 1883) entleert hat.

2) Ein noch nicht ausgewachsenes Exemplar von Distomum hepaticum, in dem Ductus choledochus eines 34 Jahre alten syphilitischen Buchbinders aufgefunden. Der Mann hat sein ganzes Leben in Riehen zugebracht, abgerechnet einen 14tägigen Aufenthalt in Montreux und Langenthal.

Das Thier hatte keine Störung der Gallenausscheidung bedingt.

Dies ist der 3. bisher in der Schweiz beobachtete Fall (1 in Zürich von *Giesker* und *Frey* 1850, 1 in Bern von *Biermer* 1863).

Zum Schluss demonstrirt Prof. *Roth* Trichinenpräparate von dem auf der hiesigen Wasenmeisterei gehaltenen Schwein, aus dem Musc. biceps des Patienten M. und aus einer von Schlachthausverwalter *Siegmund* künstlich inficirten Ratte, sowie Scoleces aus *G. A. Steger*'s Echinococcus renis.



Dr. *deWette* gibt noch einige statistische Mittheilungen über Trichinosis im Auslande.

Dr. *Carl Vögtli* wird als Mitglied aufgenommen.

Referate und Kritiken.

Handbuch der Hygiene und der Gewerbekrankheiten.

Herausgegeben von *M. v. Pettenkofer* und *H. von Ziemssen*. Leipzig, F. C. W. Vogel.

In die Reihe der Sammelwerke, welche in den letzten Jahrzehnten das Wissen verschiedener Zweige der ärztlichen Kunst, Chirurgie, innere Medicin, Kinderkrankheiten, gerichtliche Medicin etc. einheitlich zu verarbeiten suchten, tritt hiemit ein neues, das wenigstens für Deutschland bis jetzt einzig in seiner Art dasteht. Wohl haben wir ein treffliches Werk über Militärgesundheitspflege (von *Roth* und *Lex*), wohl existirt eine enorme Zahl von originellen oder compilirenden Arbeiten über einzelne Theile der Hygiene: aber noch nie ist es unternommen worden, alle gesundheitswichtigen Gegenstände, mögen sie die Gesellschaft im Ganzen oder das Individuum betreffen, durchaus vollständig und nach einem gemeinsamen Plane abzuhandeln. In diese Arbeit theilen sich nun eine Anzahl von Männern, die entweder schon seit langem auf diesem Gebiete als Fachmänner ersten Ranges anerkannt sind, oder die sich erst in jüngster Zeit durch sorgfältige experimentelle Untersuchungen einen Namen gemacht haben. Als ein grosses Glück aber müssen wir es mit Dank hervorheben, dass das Commando über die gesammten Streitkräfte von einer Persönlichkeit geführt wird, die vermöge der angestrengten genialen Thätigkeit eines ganzen Lebens allein den Ueberblick über alle in Frage kommenden Verhältnisse hat.

Von den drei bis jetzt erschienenen Abtheilungen ist uns die eine schon längst bestens bekannt, nämlich die Gewerbekrankheiten von *L. Hirt* in Breslau und *G. Merkel* in Nürnberg; es ist eine neue, entsprechend vermehrte Auflage der schon in *Ziemssen*'s Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie sich vorfindenden Arbeiten, denen noch aus der Hand des ersteren Autors ein interessantes Capitel über die technischen Vergiftungen beigegeben ist.

Auch das zweite vorliegende Heft, die öffentliche Gesundheitspflege von *Geigel* in Würzburg treffen wir schon im eben citirten Sammelwerk. Aber wie sehr ist sie für den gegenwärtigen Zweck umgearbeitet! Alle Detailangaben experimenteller und naturwissenschaftlicher Art sind weggelassen: sie mussten wegen ihrer Kürze den Fluss der Gedanken und der Darstellung stören; hier beschränkt sich der Verfasser nur auf die Darlegung der wesentlichen allgemeinen Gesichtspuncte; er gibt, wie *Pettenkofer* sagt, eine „Philosophie der öffentlichen Gesundheitspflege“. Ein anregenderes, geistreicheres Buch haben wir seit langem nicht mehr in die Hand genommen; seine Lectüre sei Jedermann dringend empfohlen.

In der dritten Abtheilung treffen wir zunächst eine Abhandlung über die Grundsätze der Ernährung und über die Nahrungsmittel von *Forster* in Amsterdam, die allen denen willkommen sein muss, welchen das Studium der grösseren Werke von *Veit*, *König* und *Hofmann* nicht möglich ist. Schliesslich giebt uns *Hilger* in Erlangen einen Einblick in die Verfälschung der Nahrungs- und Genussmittel, ohne in jene subtilen Untersuchungsmethoden einzugehen, welche nur für den Chemiker von Fach Werth haben.

A. E. Burckhardt.

Die Fadenpilze

Aspergillus flavus, niger und fumigatus; Eurotium repens (und Aspergillus glaucus) und ihre Beziehungen zur Otomycosis aspergillina.

Medicinisch-botanische Studien auf Grund experimentaler Untersuchungen von Dr. *F. Siebenmann*, pract. Arzt in Brugg. Mit Vorwort von Dr. *Albert Burckhardt-Merian*, Professor an der Universität Basel. Wiesbaden, Verlag von Bergmann.

Vorliegende Arbeit wird eine vielen Collegen willkommene sein, vor Allem, weil sie zum ersten Mal durch zahlreiche Culturen von Aspergillen der botanischen Seite näher tritt,



wodurch es allein ermöglicht wird, die entsprechenden Consequenzen für die Pathologie daraus zu ziehen. Es kann hier nicht näher auf die Morphologie der Pilze eingegangen, sondern es muss der Lecture dieses Buches überlassen werden, sich eine richtige Anschauung von den Aspergillen zu schaffen. Der Verf. hat sich dabei das Verdienst erworben, namentlich in physiologischer Beziehung ein erschöpfendes Bild von jenen Organismen und ihren Lebensbedingungen zu geben. Er findet, dass die 3 Species A. flavus, niger und fumigatus ächte sind, da er nie Uebergänge von der einen in die andere Form bei seinen Culturen gesehen hat.

Interessant sind die Beobachtungen, welche zeigen, dass auf stickstoffarmem oder stickstofffreiem Boden die Aspergillen nicht gedeihen, ebenso nicht auf faulenden Substraten, auf Eiter, Cerumen, Schleimhaut, mit Nasen- oder Mundschleim überzogenem, sonst günstigem Nährsubstrat, Epidermis; dass andererseits die Lebenskraft der Aspergillen nach langem Verweilen in rectificirtem Alcohol, sowie in 1⁰/₀₀ Sublimatalcohol und gesättigtem Naphthalinalcohol, auch in gesättigten wässerigen Bor- und Salicylsäurelösungen nicht eingebüsst war. Nach 6stündigem Eingetauchtsein in 4⁰/₀igen Salicylalcohol aber waren die meisten, nach 10stündigem alle Pilzmembranen abgestorben.

Der 2. Theil, welcher von der Otomycosis aspergillina handelt, beginnt mit dem Geschichtlichen und enthält eine Anzahl genau beschriebener Fälle von Aspergillus-Mycosen, welche Prof. *Burckhardt-Merian* dem Verfasser zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt hatte.

Auch die Pathogenese und pathologische Anatomie ist sehr lesenswerth. Bei den Symptomen und dem Verlauf wird es Manchem auffallend sein, dass in mehr als 50⁰/₀ subjective Symptome vollständig fehlen.

Schwerhörigkeit und Ohrensausen findet Verf. namentlich hochgradig, wenn die Pilze auf dem Boden einer Myringitis wachsen, womit sich Referent vollständig einverstanden erklärt. Therapeutisch empfiehlt Verf. den 4⁰/₀igen Salicylalcohol *(Burckhardt)*. Referent hat darüber keine Erfahrung, da er bis jetzt stets bei den Doppelverbindungen der Carbolsäure und des schwefelsauren Zinks sich gut befunden hat, wird aber nicht anstehen, in Zukunft Versuche mit dem empfohlenen Mittel zu machen. Die beigegebenen Tafeln werden für viele ein schätzenswerther Behelf zu microscopischen Untersuchungen sein.

Hedinger (Stuttgart).

Skizzen aus der chirurgischen Klinik

des Herrn Prof. Dr. *Ritter von Nussbaum*. Von Dr. *Isenschmid*.
Ein Vademecum für den practischen Chirurgen. I. und II. Heft. Sommer 1881 und Winter 1881/82. München, Jos. Ant. Finsterlin, 1882.

Verf. will in den beiden vorliegenden Heften weder Kranken- noch Operationsgeschichten geben, sondern aus den mündlichen Vorträgen des Lehrers das hervorheben, was wir in der Regel in den Büchern nicht finden und dem Meister allein eigen ist, jene auf persönlicher grosser Erfahrung gestützten lehrreichen Winke und Rathschläge.

In chronologischer Folge werden die während 2 Semestern vorgestellten und operirten Fälle aufgeführt und in der That enthalten die angenehm zu lesenden Hefte zahlreiche, besonders für den auf sich selbst angewiesenen Practiker werthvolle Winke und Regeln. Diese Skizzen dürfen daher als nützliches Repetitorium auch über den Kreis der Besucher der Münchener Klinik hinaus empfohlen werden. Eine weniger häufige Verstümmelung der Autorennamen darf für spätere Hefte wohl gewünscht werden.

Münch.

The nervous symptoms of lithæmia

by *J. M. Da Costa*. Americ. Journ. of the medical sciences. October 1881. Sep.-Abd.

Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf Fälle „versteckter Gicht", welche in Amerika, wo „ächte Gicht" auch selten ist, dem Kenner häufig entgegentreten und vielleicht auch bei uns eher vorkommen, als fehlend sein möchten. Die wahren Gichtanfälle stellen sich nicht ein, nur etwa leichte Schmerzen, selten geringe Schwellungen der Gelenke. Der Harn ist reich an Harnsäure und harnsauren Salzen, die Verdauung oft gestört. Die allgemeine Blutveränderung zeigt sich unter verschiedenen Symptomen: hartnäckige Schwindelanfälle, Kopfweh, Neuralgien in verschiedenen Nerven, Gastralgie, Krämpfe in den Beinen



und Muskeljucken, Anæsthesie, Schlaflosigkeit, übermässige Empfindlichkeit gegen Geräusche oder Gerüche, Nervosität bis hysterische Zustände, Reflexschmerzen im Herz, der Haut, psychische Reizbarkeit und Niedergeschlagenheit.

Vererbung ist seltener als Entstehung durch alle Art von Anstrengung.

Die Behandlung muss die Ursache angreifen, die Ueberladung des Blutes mit Zerfallsproducten des Stoffwechsels verhüten, sei das nun gerade die Harnsäure oder ihr Bildungsmaterial. Schmale Kost, Verbot von Rinds- und Schaffleisch, Butter, Rahm, Speck, Zucker, Alcohol. Fische, Früchte, Brod, grüne Gemüse, sind gestattet, auch Kartoffeln und Eier, aber nur sehr spärlich. Lebhafte körperliche Bewegung ohne Ermüdung, Waschungen und türkische Bäder, frische Luft sind empfehlenswerth, ebenso der Gebrauch von Bitterwasser, Carlsbad und verwandte Quellen. *Seitz.*

Handbuch der gerichtlichen Medicin.

Herausgegeben von Dr. *J. Maschka*, Prof. der gerichtl. Medicin in Prag. III. und IV. Bd. Verlag von H. Laupp in Tübingen, 1882. 1371 S.

Mit diesen 2 Bänden ist das Werk, dessen 2 erste Bände schon früher eine Anzeige gefunden haben, zum Abschluss gelangt. Während sich im 3. Bande *O. Oesterlen*, *J. Maschka* und *J. Säxinger* in die Bearbeitung der streitigen geschlechtlichen Verhältnisse vor Gericht theilten, haben *J. Maschka*, *A. Schauenstein* und *C. Toldt* die Leichenerscheinungen und die Knochen in gerichtsärztlicher Beziehung, endlich *O. Oesterlen* und *J. Säxinger* die Kunstfehler der Aerzte behandelt. Den 4. gerichtlich psychiatrischen Theil bearbeiteten *L. Schlager*, *H. Emminghaus*, *L. Kirn*, *M. Gauster* und *Krafft-Ebing*. Es ist zweifellos ein umfassend angelegtes, tüchtig durchgeführtes und vom Verleger trefflich ausgestattetes Werk, das uns hier vorliegt; dies verbürgten zum voraus in gleicher Weise die Namen der Autoren, von denen einige zu den geachtetsten ihres Faches gehören, wie der der Verlagshandlung. Es ist aber bei der grossen Zahl und dem verschiedenen wissenschaftlichen Charakter der Bearbeiter nicht anders möglich, als dass dieser Umstand auch im formellen und materiellen Inhalte der einzelnen Capitel des Werkes zum Ausdruck gelangt. Es verliert dadurch dasselbe an Einheitlichkeit und Gleichartigkeit des Inhalts gegenüber den andern grossen Werken derselben Disciplin, die von einzelnen Autoren verfasst sind, ohne dass die Reichhaltigkeit und die stoffliche Durchdringung der einzelnen Capitel dafür immer einen genügenden Ersatz bieten. Wenn dadurch das Werk einzelner schwächerer Partien nicht entbehrt, so ist man immerhin, insbesondere auch in Berücksichtigung seines bedeutenden Umfangs, verpflichtet, dem Herausgeber wie dem Verleger für ihre bedeutende literarische Leistung dankbar zu sein. Damit sei dieselbe dem Studium und der practischen Benützung aller Interessenten bestens empfohlen.

L. W.

Cantonale Correspondenzen.

Zürich. Impfsache. Infandum regina jubes renovare dolorem! Also Sie wollen wirklich, v. Redaction, dass ich Ihnen über die Impfabstimmung in unserm Canton erzähle? Wird das nicht auch Ihren Schmerz erneuern, da Sie in der Stadt Basel jüngst so rühmlich vorangegangen? Und ist es auch der Mühe werth? Wussten wir nicht längst, dass es so kommen würde? Nun, wenn Sie es trotzdem so haben wollen, sei immerhin auch in Ihrem g. Blatte dem Zürchervolke für seine Haltung am 27. Mai 1883 ein monumentumære perennius aufgestellt. „Wir sind vielleicht“ — so sagen Sie ja mit Recht — „später sehr froh, den grossen Act in die Erinnerung zu rufen.“ Hoffentlich wird dies auch seiner Zeit, wenn wir Alten nicht mehr da sind, geschehen und zugleich daran erinnert werden, was für Leute an der Spitze der hehren Bewegung standen. Das wissen Sie wohl noch, dass vor gar nicht langer Zeit der Impfzwang bei uns schon einmal dem Referendum unterstellt worden ist. Der Kampf war damals ein heisser und die Aerzte, die sich lebhaft in's Zeug liessen, trugen schliesslich doch den Sieg davon. Am 18. Juni 1880 wurde die Initiative gegen den Impfzwang mit 28,828 Stimmen gegen 23,076 verworfen. Dann kam das Epidemiengesetz mit seinem unglückseligen Strafartikel, welcher den Impfgegnern willkommenen Anlass bot, dasselbe zu Falle zu bringen. Mit 34,709

gegen 18077 Stimmen wurde es auch bei uns verworfen, obgleich der ganze ärztliche Stand — mit wenigen Ausnahmen — und die medicinische Facultät voran mit Namensunterschrift in sämmtlichen politischen Blättern des Cantons für das Gesetz einstand und das Volk zur Annahme desselben aufforderte.

Mit jener Schlappe war nun freilich das Schicksal des Impfzwangs auch bei uns besiegelt. Eine neue Impfordnung war zwar vom Regierungsrath erlassen worden, welche alle möglichen Garantien gegen Impfschädigung geboten hätte. Auch von einem Zwang, welcher so weit gehen würde, dass über Renitente Gefängnisshaft oder auch nur hohe Bussen hätten verhängt werden können, war darin nicht die Rede. Impfschädigungen waren inzwischen auch nicht vorgekommen — dafür beutete man aber Vorfälle aus, die mit dem Impfen absolut nicht in Zusammenhang gebracht werden konnten; man intriguirte, hetzte, machte den Impfärzten das Leben so sauer als möglich, und brachte es schliesslich dahin, wo wir jetzt sind — zur Aufhebung des Impfzwangs, welche letzten Sonntag mit einer Mehrheit von 33,197 gegen 20,921 Stimmen ausgesprochen wurde.

Ueber die Folgen, die unausbleiblich kommen werden, unter uns kein Wort! Die kennen wir ja Alle. Dagegen interessirt es Sie vielleicht, wie sich in dieser letzten Campagne die Aerzte gehalten haben, und ob sie nicht schliesslich der ewigen Hatz müde geworden sind. Eine etwelche Abspannung liess sich allerdings schon daran erkennen, dass sie sich in den politischen Tagesblättern nur ausnahmsweise für den Impfzwang in's Feld liessen. Selbst die frechen Anschuldigungen des bekannten nationalräthlichen Agitators, welcher s. Z. im Nationalrath mit Hülfe von Lug und Trug die Zwangsimpfung zu Fall zu bringen suchte, verfingen nicht. Niemand zeigte Lust, sich mit ihm einzulassen. An eine weitere Belehrung des grossen Publicums war ohnehin nicht mehr zu denken. Die Stimmung war gemacht, und es kostete — so sehr machte sich ein gewisser Ueberdruss geltend — einige Mühe, den Vorstand der cantonalen Gesellschaft zu einer neuen Kundgebung an's Volk zu bewegen, welche dasselbe vor dem verhängnissvollen Schritt noch einmal mit aller Wärme der Ueberzeugung warnen sollte. Diese Ansprache erschien denn auch noch in den letzten Tagen vor der Abstimmung in den meisten unserer Blätter, deren Redactoren selbst auch in ihrer grossen Mehrzahl mit mehr oder weniger Eifer für die Sache einstanden. Allein unser Souverän verstand das besser. In einem einzigen Bezirke — Affoltern — stand die Mehrheit für die Zwangsimpfung ein, in den 10 andern wurde sie verworfen, in den specifisch democratischen Bezirken Winterthur, Andelfingen und Bülach mit übergrosser Mehrheit. Abschaffung des Impfzwangs war schliesslich zu einem Losungswort für jeden Vollblutdemocraten, die Schulmeister voran, geworden.

Die Stadt Zürich selbst hielt sich trotz aller Agitation des „schweizerischen Vereins gegen den Impfzwang“ gut. Eine kleine Mehrheit sprach sich für die Zwangsimpfung aus. Um so schlimmer stand es in den mit Arbeitern bevölkerten Gemeinden Aussersihl, Oberstrass, Unterstrass und Riesbach. Die armen Leute ahnen nicht, dass sie die Ersten sein werden, die darunter zu leiden haben; dass jede Epidemie — so auch die Pocken — gerade unter ihnen die meisten Opfer fordert. Ihnen war der Zwang vor Allem wohlthätig, weil er die Einsicht ersetzte. Doch sind die Würfel nun einmal gefallen und wenn die Prüfung kommen muss, möge sie nicht zu hart sein, bevor unserm Volke die Augen aufgehen. *Z.*

V. Versammlung befreundeter Ohrenärzte in Frankfurt a. M.

Sonntag, den 12. Mai 1883.

Anwesend waren die Herren: Prof. *Burckhardt-Merian* (Basel), Medicinalrath *Hedinger* (Stuttgart), Dr. *W. Kirchner* (Würzburg), Prof. *Kuhn* (Strassburg), Dr. *Lommel* (Homburg), Prof. *Moos* (Heidelberg), Dr. *Pagenstecher* (Wiesbaden), Dr. *Steinbrügge* (Heidelberg), Dr. *Thiry* (Freiburg) und Dr. *Oscar Wolf* (Frankfurt).

Zum Vorsitzenden wird einstimmig erwählt Dr. *Oscar Wolf*, zum Schriftführer Prof. *Burckhardt-Merian;* es wird die Veröffentlichung des Protocolles im Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte beschlossen.

Die Versammlung wird Morgens 9 Uhr durch den Vorsitzenden in dessen Wohnung eröffnet, die Anwesenden mit freundlichen Worten auf das herzlichste willkommen geheissen und deren zahlreiches Erscheinen bestens verdankt. Redner weist darauf hin, dass, wenn auch unsere alljährliche Zusammenkunft zunächst den Zweck habe, im freund-



schaftlichen Verkehr mit gleichgesinnten Collegen nach den Mühen der Praxis einige Stunden der Erholung zu suchen und dabei ungezwungen über die im verflossenen Jahre erzielten Leistungen der Ohrenheilkunde sich auszusprechen, doch kein Zweifel darüber bestehen könne, dass durch diese gegenseitige Anregung Gedanken gefördert würden, welche dann zu Hause im Studirzimmer fruchtbringend wirken müssten. So scheine ihm gerade in der nächsten Zeit unser Specialfach, so eng begrenzt der Raum desselben immerhin sei, doch vornehmlich berufen, das physiologische Verhalten des sympathischen Nerven und insbesondere seine Beziehungen zu den Ganglien: oticum, sphenopalatinum, geniculi, Gasseri u. A. zu studiren und so vielleicht über die, bisher noch wenig geklärte, Thätigkeit der sog. trophischen Nerven und bez. der Ernährung der Sinnesorgane einiges Licht zu verbreiten. Bedeutsame und den rechten Weg andeutende Anfänge in dieser Richtung liessen sich bereits erkennen.

Dr. *Wolf* referirt sodann über die ergangenen Einladungen, verliest die Briefe und Telegramme derjenigen Collegen, welche verhindert gewesen sind, bei der diesjährigen Versammlung zu erscheinen.

Für den Ort der nächsten Versammlung, Ostern 1884, wird, der freundlichen Einladung von Prof. *Kuhn* folgend, Strassburg bestimmt und demselben überlassen, den Kreis der einzuladenden Collegen beliebig zu erweitern.

Dr. *Thiry* theilt mit, dass er die Einführung der Section für Otiatrie an der 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Freiburg i. B. (18.—22. September 1883) übernommen habe und wird beschlossen, sich vollzählig dort einzufinden, um demselben die Aufgabe in jeder Richtung zu erleichtern.

Prof. *Burckhardt-Merian* ladet die Versammlung zum III. internationalen otologischen Congresse ein, der in der ersten Septemberwoche 1884 in Basel soll abgehalten werden; die Unterstützung wird zugesichert.

Dr. *Oscar Wolf* demonstrirt hierauf die von ihm angegebenen scharfen Löffel und ihre verschiedenartige Verwendung. Er betonte, dass im *Politzer*'schen Lehrbuch (Band II, S. 553) der von ihm angegebene scharfe Löffel unrichtig abgebildet sei, indem ein Haupterforderniss desselben, dass nämlich das Mittelstück aus Sondenmetall leicht nach verschiedenen Richtungen hin gebogen und dem Operationsfeld adaptirt werden könne, nicht berücksichtigt sei.[1]) Er zeigte sodann noch einen starken ovalen Löffel aus Stahl, welcher sich sowohl zur innern Eröffnung der Warzenfortsatzzellen vom Meat. auditor. extern. oder der Paukenhöhle aus als auch zum Ausräumen des aufgemeisselten Antrum bei der äussern Operation vortrefflich bewährt habe. Der Vortragende bespricht sodann die Indicationen für jede der beiden Operationen und stellt eine Reihe von geheilten Patienten vor, bei welchen die Eröffnung der Zellen des Warzenfortsatzes theils von Gehörgang und Paukenhöhle aus, theils durch Aufmeisselung des Knochens von aussen vor längerer oder kürzerer Zeit vorgenommen worden war. In fast allen Fällen war neben der Ausheilung des Knochens auch eine relativ gute Hörfähigkeit geblieben.

Eine weitere Demonstration Seitens des Vorsitzenden galt den eigenthümlichen Hörstörungen, welche ein (58 Jahre alter) Patient mit Defect des Ambos und eine (30 Jahre alte) Patientin mit Defect des Hammers erkennen liessen. In beiden Fällen war das primär an Osteitis erkrankt gewesene Knöchelchen durch das Trommelfell vorgetrieben gewesen und mit dem kleinen scharfen Löffel aus der Granulation so günstig ausgehoben worden, dass Ausheilung der Trommelfelllücke in wenig Wochen eintrat. Die Hörfähigkeit war jetzt sechs resp. achtzehn Monate nach der Operation noch ziemlich die gleiche, wie direct nach Ausheilung der Paukenhöhle. Es konnten nämlich die Explosivlaute, bei welchen das Trommelfell starke Excursionen macht und sich mehr dem Stapes nähert, weit besser übertragen werden, als die Zischlaute, welche nur Schwingungen von sehr kleiner Amplitude auslösen. Dagegen liess sich eine sehr beträchtliche Herabminderung der Hörweite constatiren, wenn das Trommelfell durch Lufteintreibung nach aussen, also vom Stapes ab, bewegt wurde. Flüstersprache wurde beim Ambosdefect ein Meter, beim Hammerdefect 4 Meter weit gehört.

---

[1]) Die scharfen Löffel werden unter der Controle von Dr. *O. Wolf* von dem Instrumentenmacher Julius Mayer (gr. Bockenheimergasse 7) in Frankfurt a. M. angefertigt.



Der kleine scharfe Löffel sei auch mit grossem Vortheil zur Aushebelung eingekeilter Fremdkörper zu verwenden, wie der Vortragende gleichfalls an verschiedenen Beispielen erläuterte. Auch ein Fall (4jähriger Knabe) mit Fremdkörper (Johannisbrodkern), welcher nicht hatte entfernt werden können, weil eine ungeschickte Hand den Körper bereits in die Paukenhöhle gestossen hatte, wo derselbe eingekeilt sass, wurde vorgestellt. Der Vortragende theilte mit, dass er von allen weiteren Extractionsversuchen abgesehen habe, und dass nach sehr reichlicher Eiterung der Kern $3^1/_2$ Monate später, durch Granulationen breit gequetscht, ausgestossen und im Spritzwasser gefunden worden sei. Die Trommelfelllücke heilte aus und die Hörfähigkeit erreicht jetzt nach Jahresfrist fast dreiviertel des Normalen. Die Behandlung hatte in Borsäure-Einspritzungen und Luft-Einblasungen bestanden.

Auch bei den Perforationen der *Shrapnell*'schen Membran, welche, wie der Vortragende andeutet, meist auf cariöser Erkrankung der diesem Trommelfelltheile naheliegenden Knochen, so besonders des Hammerhalses zurückzuführen sind, leistete der kleine scharfe Löffel zum Auskratzen und Freimachen der Theile vortreffliche Dienste. An zwei geheilten Patienten wurde die entsprechende Knochennarbe gezeigt.

In einem Falle von Perichondritis der Ohrmuschel (32 Jahre alter Mann), bei welchem eine sehr grosse, bereits vereiterte, Cyste mit T-Schnitt eröffnet und der vollständig degenerirte Knorpel fast aus der ganzen Concha ausgekratzt werden musste, hatte sich aus dem Perichondrium der Knorpel wieder neugebildet, so dass die Muschel zum grossen Theil ihre frühere Configuration wieder gewonnen hat. Ebenso fesselte ein Fall von Scarlatina-Diphtheritis bei einem 6jährigen Mädchen das Interesse der Versammlung. Das betreffende Kind war nach 10tägigem, excessiv hohem Fieber (41—41,5°) und nach Uebergang des diphtheritischen Processes vom Nasenrachenraume auf beide Paukenhöhlen gehörlos gewesen. Subcutane Pilocarpin-Einspritzungen (0,005—0,01 pro dosi 1—2 Mal täglich) bewirkten neben einer starken Salivation die Absonderung von grossen Mengen wässriger Flüssigkeit aus den Paukenhöhlen und eine so deutliche Erleichterung der darniederliegenden Labyrinththätigkeit, dass das betreffende Kind schon nach 8—10 Tagen bereits laute Ansprache nahe dem Ohre zu hören begann und jetzt in der 20. Woche Flüstersprache auf ein Meter Entfernung versteht. Beiderseits Trommelfelldefecte, Gehörknöchelchen erhalten. Interessant war die allmälige Wiederkehr der Hörfähigkeit zu beobachten und zwar begann dieselbe mit dem Hören der hohen Töne, welche das Zwitschern eines im Zimmer befindlichen Vogels bewirkte.

Prof. *Burckhardt-Merian* demonstrirt hierauf 10 cm. lange flexible Spritzenansätze von 1—$1^1/_2$ mm. Dicke (nach Art der *Weber-Liel*'schen Paukenröhrchen); dieselben eignen sich besonders zum Ausspritzen von Fisteln im Meatus, Proc. mastoideus oder von Perforationen im Trommelfell, besonders der Membrana Shrapnelli und können auch zum Einblasen von pulverförmigen Medicamenten in Fistelgänge sehr passend benützt werden. (Sondes filiformes cylindriques Nr. 4 und Nr. 6; Fabrikant: Rondeau, frères, 68 rue St. Jacques, Paris. Preis Fr. 12 pr. Dutzend.)

Ferner zeigt derselbe das ebenso practische als billige künstliche Trommelfell von *Delstanche* fils (Brüssel). Ein kleines Stückchen Watte wird in den Winkel eines V-förmig zusammengebogenen geglühten, sehr dünnen Eisendrahtes gelegt und durch einige Umdrehungen in den alsdann schnurförmig zusammengedrehten Draht fest fixirt. Es wird hierauf mit der Scheere das Wattestückchen nach Belieben zugeschnitten, dem Draht durch einen Scheerenschnitt die nöthige Länge gegeben, das Drahtende etwas eingerollt und um den ganzen Draht etwas lockere Watte gewickelt. Hiedurch erhält man ein künstliches Trommelfell, das mit leichtester Mühe eingeführt werden, das Jedermann sich anfertigen kann, und das nahezu nichts kostet. Wir Alle sind dem belgischen Collegen, dessen practischem Geschick wir schon so viele instrumentelle Verbesserungen verdanken, für dieses ebenso einfache als zweckentsprechende Instrumentchen sehr verbunden.

Dr. *Steinbrügge* demonstrirt sodann sehr interessante microscopische Schnecken-Schnitte zweier an Diphtherie verstorbener Kinder. Bei dem einen derselben war die *Reissner*'sche Membran durch Gerinnung der Peri- und Endolymphe in einer bogen-



förmigen Stellung, die Convexität der Scala vestibuli zukehrend, fixirt; bei dem anderen war in Folge Abfliessens der Endolymphe und Verlustes der Elasticität der Membran, die letztere vollständig collabirt, bedeckte die Membrana basilaris und das Ligam. spirale bis zu ihrem Anheftungspunct, so dass ein Lumen des Duct. cochlearis nicht mehr vorhanden war.

Dr. *Thiry* referirt hierauf über einen von ihm beobachteten Fall von Ertaubung nach Mumps. Ein blasses, schwächliches Mädchen von $9^1/_2$ Jahren erkrankte am 5. Januar 1883, während in Freiburg eine Epidemie von Mumps herrschte, mit leichtem Unwohlsein, ohne dass sie über Hitze geklagt oder die Umgebung Fieber an dem Kinde bemerkt hätte. Am 6. Januar schmerzte die Parotisgegend, am 7. und 8. zeigte sich hier eine ausgesprochene Geschwulst, am 9. verschwand diese, am 10. und 11. ging das Mädchen wieder aus. Am Abende des 11. wurde leichtes Oedem der Augenlider bemerkt, nach dem Mittagessen am 12. trat Erbrechen und Schwerhörigkeit bei starr blickenden Augen ein, am 13. häufiges Erbrechen und Taubheit und zwar in einem solchen Grade, dass die Sprache weder verstanden noch gehört wurde. Uhr, *Politzer*'scher Hörmesser, verschiedene Stimmgabeln (auch fis^4) wurden auf keine Weise wahrgenommen, ebenso wenig das Abbrennen eines Zündhütchens und Anschlagen einer Glocke. Pat. klagt über Kriebeln in Händen und Füssen und über heftigen Schwindel bei jedem Versuche, im Bette sich aufzurichten.

Subjective Geräusche scheinen nicht vorhanden gewesen zu sein, jedenfalls klagte das Mädchen nicht über solche, war überhaupt stets heiter und munter.

Am 14. Klage über Glockenläuten in den Ohren, Kopfweh und Hitze im Kopfe, T. 36,9, Puls 70, weich, öfteres Erbrechen, Schwindel.

Ohrbefund negativ. Uhr, Sprache und Pfeifen nicht gehört, Stimmgabel (es) vom Scheitel aus als Ton angegeben, vor Ohr nicht gehört; hingegen wendet sich Pat. auf Anschlagen einer sehr lauten Glocke um.

Vom 17. an kein Erbrechen mehr. Den 18. tritt zum Glockenläuten noch Singen und Orgeltönen. 25. Januar Schwindel geringer. 2. Februar Schwanken nur beim Stehen mit geschlossenen Augen, Geräusche viel schwächer; hört wieder beidseits laute Stimme, jedoch ohne Sprache zu verstehen, hört die stark angeschlagene es-Stimmgabel vom Scheitel aus nach rechts. Fis^4 auf keine Weise, ebenso wenig *Galton*'s Pfeifchen noch Uhr oder *Politzer*'s Hörmesser.

Im Verlaufe des März verschwinden die subjectiven Geräusche und der Schwindel gänzlich, das Hörvermögen bessert sich in sofern, als die es-Stimmgabel rechts durch Luftleitung gehört wird. April und Mai Status idem. Das Mädchen ist gesund und munter und will beim Singen die eigene Stimme hören, weiss aber in den höhern Tonlagen nicht zu unterscheiden, ob sie richtig oder falsch singe.

Temperatur vom 14. Januar bis 2. Februar nie über 37.

Der Hausarzt wurde erst am 12. Januar gerufen. Ohrbefund wie schon oben bemerkt, stets normal. Am 14. Januar waren Blutegel vor das Ohr und an den proc. mast. gesetzt und Calomel gegeben worden.

Den Schluss der Zusammenkunft bildete ein fröhliches Mittagessen im gastfreundlichen Hause des Vorsitzenden, das im Beisein der liebenswürdigen Damen der Herren Collegen einen ausserordentlich gelungenen Verlauf nahm, indem Allen nur zu rasch diese schönen Stunden schwanden. Am folgenden Tage wurde eine Excursion nach Homburg ausgeführt, die, unterstützt durch die freundliche Führung von College *Lommel*, Alle im höchsten Grade befriedigte.

Insbesondere interessirten sich die Collegen für die im dortigen Curhaus neu aufgestellten Inhalationsapparate, welche durch hydraulische Maschinen getrieben, ebenso einfach als practisch ihre Aufgabe lösen.

Dem Vorsitzenden sagt hiemit der Schriftführer im Namen aller Theilnehmer nochmals den herzlichsten Dank für die ebenso lehr- als genussreichen Pfingsttage, die er uns dargeboten hat.

Vivat sequens!

Basel. *Burckhardt-Merian.*



Wochenbericht.

Schweiz.

17. Sitzung der Schweizer Aerzte-Commission.

Samstag, den 26. Mai 1883, Morgens 8 Uhr, in Basel.

Anwesend die Herren *Burckhardt-Merian*, *Castella*, *d'Espine*, *Kummer*, *Sonderegger*, ihr Ausbleiben haben entschuldigt die Herren *Steiger* und *Zehnder*.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

Präsident *Sonderegger* macht Mittheilung über die bedeutenden Kosten der in 130,000 Exemplaren den grösseren Schweizer Zeitungen beigelegten Proclamation der Aerzte-Commission in Sachen Abstimmung über das eidg. Epidemiengesetz. Es wird beschlossen, den Cassier zu beauftragen, den Beitrag der med. Gesellschaften an die Casse der Aerzte-Commission mit Fr. 1 per Mitglied per 1883 erheben zu wollen.

Der Präsident gibt ferner einige Details über die hygieinische Section der Schweizer Landesausstellung in Zürich.

Eine Mittheilung über den Wegweiser für hülfesuchende Kranke und Gebrechliche in der Schweiz, dessen Absatz bedeutend unter den Erwartungen geblieben ist, ruft einer längeren Discussion und wird die Hoffnung ausgesprochen, dass die Aerzte selbst für zweckentsprechende Verbreitung dieses practischen und zeitgemässen Büchleins Sorge tragen werden.

Burckhardt-Merian theilt mit, dass im September 1884 der III. internationale otologische Congress in Basel tagen wird und wünscht, dass die Aerzte-Commission beim h. Bundesrath einen Beitrag von Fr. 2000 an die nicht unerheblichen Kosten des Druckes der Verhandlungen beantragen möchte. Es wird beschlossen, dieses Gesuch zu unterstützen.

Das Haupttractandum der Sitzung bildete sodann die Besprechung des Referates von Dr. *A. Baader* über die Hülfscasse für Schweizer Aerzte, als deren Resultat sich Folgendes ergab:

In der deutschen und romanischen Schweiz wird das Bedürfniss nach einer solchen Casse warm empfunden, und es scheint in erster Linie wünschenswerth, endlich einen Anfang damit zu machen. Allgemein ist man damit einverstanden, dass die Casse jedenfalls noch auf lange hinaus nicht in der Lage sein wird, wohlfundirten Lebensversicherungsgesellschaften, Unfallversicherungscassen, Sterbe- und Alterscassen etc. etc. in irgend einer Weise Concurrenz zu machen, sondern dass ihr lediglich die Bestimmung zufalle, unverschuldet erwerbsunfähig gewordenen Collegen und in der Noth befindlichen ärztlichen Hinterlassenen in discreter Weise Unterstützungen zuzuwenden. — Da nun das Project *Baader* voraussetzt, dass sämmtliche Mitglieder des ärztlichen Centralvereins und der Société médicale de la Suisse romande den fixen Beitrag von Fr. 5 bezahlen, so wird betont, dass ein derartiger Beschluss Statutenänderungen in verschiedenen med. Cantonalgesellschaften voraussetzen würde und jedenfalls niemals durch einfachen Majoritätsbeschluss an einer Versammlung des Centralvereins endgültig entschieden werden könne. Erst wenn die einzelnen ärztlichen Cantonalgesellschaften denselben angenommen hätten, wäre die Hülfscasse als gegründet zu betrachten.

Da nun der Aerzte-Commission dieser Weg des Vorgehens bei den bestehenden Statuten des Centralvereins als der vorgezeichnete erscheint, derselbe aber im günstigsten Falle in einem Jahre, wahrscheinlich aber viel später erst alle cantonalen Instanzen durchlaufen hätte, so wird beschlossen, den Präsidenten *Sonderegger* zu beauftragen, der heutigen Versammlung vorzuschlagen:

I. Die Hülfscasse für Schweizer Aerzte nach dem Vorschlage Dr. *A. Baader*'s wird im Princip angenommen und dieses Project den Cantonalgesellschaften der deutschen und romanischen Schweiz zur Discussion überwiesen. Erst nachdem das Ergebniss dieser der Aerzte-Commission bekannt gegeben, kann es sich um eine definitive Redaction und eine endgültige Annahme handeln.

II. Vorläufig wird, um sofort mit dem Sammeln von Beiträgen für die Hülfscasse beginnen zu können, der Vorschlag *Burckhardt-Merian*'s acceptirt, welcher bis auf Weiteres die Mittel der Hülfscasse durch jährliche Beiträge der Schweizer Aerzte, frei nach

ihrem Ermessen gespendet, zusammen bringen will, in dem Sinne, dass schon in der Octoberversammlung dieses Jahres in Olten über die Verwendung der eingegangenen Gelder könne Rechenschaft abgelegt werden.

III. Zum provisorischen Cassier dieser Hülfscasse wird Dr. *A. Baader* ernannt.

Mit diesem Vorschlage erreichen wir einen sofortigen Beginn der Casse, da dieselbe, durch vollständig freiwillige Beiträge sich aufbauend, weder Statutenänderungen noch langen Discussionen ruft. Wer nicht mitmachen will, gibt einfach nichts — somit vereinfacht sich der ganze Apparat ungemein. Die Präsidenten der Cantonalgesellschaften erhalten von der Aerzte-Commission die nöthigen Circulare zum Erheben dieser freiwilligen Beiträge bei ihren Mitgliedern; über den Betrag derselben soll dann öffentlich Rechnung abgelegt werden. Unterdessen klärt sich die ganze Frage, und aus unvollkommenem Anfange entwickelt sich schliesslich doch das Vollkommene.

— **Schweizerische Landesausstellung.** Die ärztlichen Besucher unserer Landesausstellung, über welche uns ein Referat zugesagt ist, machen wir auf den „Catalog über Literatur und Nachweisung über Ausstellungsgegenstände der Hygieine (Gruppe 31) in der schweizerischen Landesausstellung zu Zürich (St. Gallen, Zollikofer, 50 Cts., 38 S. mit Orientirungsplan) aufmerksam. Zusammengestellt vom Gruppenchef, Dr. *Sonderegger*, bietet der Catalog jedem Arzte einen willkommenen Wegweiser und zugleich ein interessantes Bild des bisher Geleisteten.

— **Necrologie.** Dr. *M. Claivaz* und Dr. *J. J. Ph. Baylon* †. Die romanische Schweiz verlor, wie wir der „Revue médicale“ entnehmen, zwei hervorragende Aerzte.

Dr. *M. Claivaz* in Martigny. Von seiner wackern Mutter unerwartet aus der königlichen Garde in Paris heimgeholt, in die er sich hatte anwerben lassen, promovirte er in Wien und practicirte dann in Martigny über 50 Jahre lang unter grossem Zutrauen der Leidenden — aber nicht, ohne zwischen hinein als Staatsrath functionirt zu haben. Der 85jährige Veteran erkältete sich bei eisigem Winde auf einem Berufsgange, von dem er sich nicht abhalten liess. Ehre seinem Andenken!

Die Genfer bedauern den Hinscheid ihres geachteten Collegen Dr. *J. J. Philippe Baylon*, erst 62 Jahre alt. „Sein Leben war im weitesten Sinne des Wortes das des practischen Arztes, ebenso bescheiden als arbeitsreich und wohlthätig,“ so dass der ehrenvolle Nachruf, den ein Insasse des Greisenasyles dem „Vater der Armen“ über das Grab sprach, wohl verdient war.

Baylon schrieb viel über Medicin, aber auch über philosophisch-religiöse Fragen in freisinnigem Geiste.

15 Monate lang ertrug er mit seltenem Muthe, mit fast übermenschlicher Geduld all' die Schrecken eines Epitheliomes der Zunge. Ruhe sanft, wackerer College!

Dr. *N. Wagner* †. Bezirksarzt Dr. *J. N. Wagner* in Ebnat starb den 31. Mai, im Alter von 64 Jahren, nachdem er in letzter Zeit mehrere kleine Apoplexien erlitten hatte und in rasch zunehmende Schwäche verfallen war. Wir verlieren in ihm einen vielbeschäftigten und liebenswürdigen Collegen und vor Allem auch einen würdigen Vorkämpfer für sociale Medicin. Rastlos thätig, nüchtern, ein Muster ärztlicher Strebsamkeit, war er ein Idealist reinsten Wassers, ein sehr thätiges Mitglied der gemeinnützigen Gesellschaft, besonders im Gebiete des Armenwesens, langjähriger und vielverdienter Präsident des Bezirksschulrathes, und bei der Gründung des Cantonsspitales in hervorragender Weise betheiligt. Seine Tapferkeit war ihm manchmal nicht nützlich und der behäbige Schlendrian hat ihn manchmal nicht verstanden und nicht gelobt. — Wir legen ein Lorbeerreis dankbarer Erinnerung auf das Grab des braven Mannes. Die Erde sei ihm leicht! *S.*

Basel. Impfwesen. Wir sind in der letzten Zeit wiederholt über die Schutzkraft der Thierlymphe (Kalb, Farre) und die Schutzkraft der Impfung bei nur wenigen Pusteln angefragt worden. Wäre es nicht sehr zu wünschen, dass ein College, der in der Lage ist, Controlversuche zu machen, Untersuchungen anstellen würde über folgende Modalitäten:

I. Impfung mit Thierlymphe, Erfolg, aber nur 1—2 Pusteln. Wie lange geht es, bis abermals Thierlymphe, wie lange, bis humanisirte Lymphe haftet?

II. Gleicher Versuch mit gutem Erfolg bei primärer Impfung mit humanisirter Lymphe und nur wenigen Pusteln.

Bern. Oberst *Siegmund von Wildermett* auf Schloss Pieterlen hat, wie wir der Tages-



presse entnehmen, der Stadt Biel zur Errichtung eines Kinderspitales sein ganzes Vermögen, 300,000 Fr., vermacht.

Warum findet sich kein College, der solcher Grossherzigkeit mit einigen Worten gedenkt?

Neuenburg. Oeffentliche Gesundheitspflege. In einem Circular macht die Neuenburger medicinische Gesellschaft auf die Gefahren schlechter Milch für Säuglinge aufmerksam. Die künstliche Ernährung sei eine Hauptursache der hohen Kindersterblichkeit und zwar besonders durch Verdauungskrankheiten, erzeugt durch schlechte (abgerahmte, verdünnte, unreine) Milch, durch welche zudem Typhus, Scharlach etc. kann weiter verbreitet werden. Deshalb sollten ansteckend erkrankte Mitglieder der Familien der Milchproducenten und -händler besonders exact überwacht (isolirt etc.) werden, und es sollte die Polizei nicht nur die chemische Untersuchung der Milch, sondern auch die Visitation der Ställe und Verkaufslocale, der Milchgefässe der Verkäufer, sowie der Kühe (Gesundheit, Reinlichkeit, Ernährung) ausüben.

Sodann sollte ein öffentliches Waschhaus (wohl nur in den Städten, Red.) mit siedendem Wasser den Milchhändlern zur Reinigung der Milchgefässe geöffnet werden.

Die Errichtung (es ist nicht gesagt, von wem, Red.) von Mustermilchanstalten für Kinder und Reconvalescenten, gehörig überwacht, wäre sehr wünschenswerth (auswärts bekanntlich längst in Function, Red.).

„Die Neuenburger medicinische Gesellschaft spricht den Wunsch aus, dass die Hebammen von Zeit zu Zeit zu einem Wiederholungscurs einberufen werden, in welchem die Grundsätze der rationellen Kinderernährung repetirt würden, und glaubt, dass eine gemeinfasslich gehaltene Instruction über die Gesundheitspflege des Kindesalters, an die Familien vertheilt, viele Vorurtheile zerstreuen und die Sterblichkeit der Kinder vermindern würde."

Schliesslich wird noch einem (übrigens gesetzlich vorgesehenen) Cantonsarzte und amtlichen Stadtärzten gerufen, „welche die Ursachen der Insalubrität aufzusuchen und zu beseitigen hätten". Wir wünschen Erfolg!

Waadt. Eidgenössische Medicinalprüfungen. Die Commission für die medicinischen propädeutischen Prüfungen in Lausanne ist vom Bundesrath bestellt worden aus den Proff. *Schnetzler*, *Brunner*, *Dufour*, *Bugnion* und *Herzen* in Lausanne und *Yung* in Genf; zu Suppleanten wurden ernannt die Proff. *Duplessis* in Lausanne und *Billeter* in Neuchâtel.

An die Stelle des aus der Prüfungscommission Genf auf seinen Wunsch entlassenen Prof. *C. Vogt* wurde der Psychiater Prof. Dr. *Olivet* gewählt.

In Basel wurde Dr. *F. Müller*, auf dessen Austritt wir zurückkommen, als Mitglied und als Ortspräsident durch Dr. *L. Courvoisier* in Riehen ersetzt.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. Mai bis 10. Juni 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Varicellen 2 Anzeigen (1). — Masern 4 Erkrankungen, sämmtlich aus Grossbasel (6). — Rötheln 12 Erkrankungen, grösstentheils auch aus Grossbasel (13). — Scharlach 15 Erkrankungen (13, 15, 7), wovon 7 in Kleinbasel. — Diphtherie 8 Erkrankungen, wovon 5 in Kleinbasel (5, 5, 10). — Typhus 12 Erkrankungen, wovon 2 von auswärts importirt, 6 im Birsigthale, die übrigen zerstreut (2, 5, 6). — Erysipelas 9 Erkrankungen (5, 10, 4), wovon 5 in Kleinbasel. — Pertussis 23 Anzeigen (19, 15, 14) aus allen Districten, davon 13 aus Kleinbasel. — Parotitis 1 von auswärts (Kaserne in Thun) importirter Fall. — Von Icterus sind 7 Fälle angezeigt, davon 4 aus Kleinbasel; von den Erkrankten sind 5 unter 15 Jahren.

Briefkasten.

Studentenfrequenz. Wir bitten die Herren Proff. *Ae.* und *W.* um gütige Mittheilung. — Herrn Dr. *B. Gerster*, Kl. Dietwyl: Weiterer Stupf unnöthig — ich denke schon daran. Haben Sie Wsbg. und seinen Dünsten gänzlich abgeschworen? — Herrn Dr. *Wichser* in Glarus: Die Einladungscirculare für Glarus sind an Herrn Dr. *Streiff* in Mollis gesandt worden; wenn Sie somit keines erhalten haben, so wenden Sie sich an diesen Herrn. Die Aerztecommission versendet die Circulare wie gewohnt immer an die Actuare der med. Cantonal-Gesellschaften.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 13. XIII. Jahrg. 1883. 1. Juli.

Original-Arbeiten.

Neuritis disseminata acutissima.

Von Prof. **M. Roth** in Basel.[1])

Bevor wir an unser Thema herantreten, scheint es zweckmässig, die Histologie der cerebrospinalen Nerven kurz zu berühren. *Kölliker* hatte in der letzten Auflage des Handbuches der Gewebelehre (1867) die markhaltigen Nervenfasern aus dem Axencylinder, der Markscheide (Myelinscheide) und einer gleichartigen, Kerne führenden Hülle, der Scheide (*Schwann*'schen Scheide) bestehen lassen. Die letzten fünfzehn Jahre haben manches Neue hinzugefügt, wovon Einiges auch für die Pathologie von Interesse ist.

1) Betreffend das Caliber der Nervenfasern, welches von 1—20 μ *(Kölliker)* variirt, hatten *Bidder* und *Volkmann* (1842) die feinen markhaltigen Fasern des Sympathicus für spécifisch sympathische angesprochen, waren aber von *Valentin* und *Kölliker* widerlegt worden. Neulich (1882) hat *G. Schwalbe* diese Angelegenheit wieder aufgenommen und für die Rückenmarkswurzeln des Frosches das Resultat erhalten, dass die Dicke der Faser in bestimmtem Verhältnisse zur Länge stehe: die Wurzeln der Extremitätennerven enthalten dickere Fasern als die der Rumpfnerven, die Wurzeln der für die untern Extremitäten bestimmten Nerven dickere als die der obern. Dies stimmt zu der Angabe von *Pierret* (1879), wonach die grössten multipolaren Ganglienzellen der Lumbalanschwellung, etwas kleinere der Intumescentia cervicalis, die kleinsten dem Dorsaltheile des Rückenmarkes zukommen.

2) Die Fibrillenstructur des Axencylinders wurde 1868 von *M. Schultze* für die Wirbelthiere erwiesen. Der Axencylinder ist nach diesem Forscher kein einfaches Gebilde, sondern besteht aus einer grössern Zahl feiner Fibrillen, die durch Zwischensubstanz zusammengehalten werden. Diese Auffassung wird gestützt durch das analoge Verhalten mancher sogen. *Remak*'scher oder blasser Nervenfasern, sowie pathologisch veränderter (hypertrophischer) Axencylinder, welche zuweilen ausgeprägte Längsfaserung erkennen lassen.

3) Die *Ranvier*'schen Segmente. Nachdem schon *Kölliker* eine zellige Gliederung der Scheide gewisser Nervenfasern angegeben hatte, wies *Ranvier* (1872) für sämmtliche mark-

[1]) Vortrag (mit Demonstrationen), gehalten in der Sitzung des schweiz. ärztl. Centralvereines zu Basel am 26. Mai 1883.



haltige Elemente eine regelmässige Segmentirung nach. An den durch Ueberosmiumsäure fixirten Fasern treten in bestimmten Abständen (von durchschnittlich 1,3 Millim. beim Menschen) quere Einziehungen der *Schwann*'schen Scheide, Schnürringe, hervor; die Markscheide ist an diesen Stellen unterbrochen so dass sich Axencylinder und *Schwann*'sche Scheide berühren. Je zwei Schnürringe markiren die Enden einer röhrenförmig eingerollten Zellmembran (*Schwann*'sche Scheide), welche auf der Innenseite, ziemlich genau in der Mitte, einen Kern mit Protoplasma führt und die ebenfalls röhrenförmige Myelinscheide umgibt. Der Axencylinder (oder das Fibrillenbündel *M. Schultze*'s) nimmt an der zelligen Gliederung der Hüllen keinen Theil, er durchsetzt dieselben als ununterbrochenes Axengebilde (vgl. 5).

4) Die Markscheide zeigt innerhalb der *Ranvier*'schen Segmente eine Anzahl schräger Einschnitte (*Schmidt-Lantermann*'sche Incisuren), wodurch sie in mehrere dachziegelartig sich deckende Röhren zerfällt. Diese Incisuren scheinen die Stellen zu sein, an welchen nach Nervendurchschneidung die Zerklüftung des Myelins beginnt. Bezüglich der chemischen Zusammensetzung der Markscheide haben *Kühne* und *Ewald* nach Entfernung der fettigen Substanzen einen schwer löslichen Rest gefunden und als Neurokeratin bezeichnet. Diese stickstoffhaltige Beimischung ist an der intacten Faser microscopisch nicht sichtbar.

5) Der völligen Erledigung harrt noch die Genese der peripherischen Nervenfasern. Während die frühern Autoren, und einige noch heute, die Nervenelemente durch Differenzirung von Zellen in loco entstehen lassen, leiten manche neuern (seit *Bidder* und *Kupffer* 1857) die Axencylinder aus den Centralorganen her. Danach wären die Axencylinder riesenhaft verlängerte Ausläufer von Ganglienzellen, während die *Ranvier*'schen Segmente accessorische, unter Umständen fehlende Hüllen darstellen. *Ranvier* lässt auch die Wiederherstellung nach Nervendurchschneidung bloss vom centralen Ende ausgehen, indem die Axencylinder des centralen Stumpfes in die Peripherie hineinwachsen sollen.

6) Das Bindegewebe der Nerven tritt auf Querschnitten grösserer Stämme deutlich hervor. Der N. ischiadicus z. B. zeigt mehrere (ca. 50) Bündel oder Fascikel von Nervenfasern, deren jedes durch concentrische Bindegewebsschichten umgeben wird (Blätterscheide *Ranvier*, perineurium *A. Key* und *Retzius*). Von der Scheide gehen Züge in das Innere des Bündels ab und lösen sich derart auf, dass jede Nervenfaser ihren besondern dünnen Bindegewebsmantel erhält (intrafasciculäres Gewebe *Ranvier*, Endoneurium *A. Key* und *Retzius*). Aeusserlich sind die Blätterscheiden durch lockeres, oft fetthaltiges Zellgewebe verbunden (perifasciculäres Gewebe *Ranvier*, Epineurium *A. Key* und *Retzius*). Im Bindegewebe verlaufen die spärlichen Blutgefässe des Nerven.

Die Erkrankungen des Nerven betreffen entweder das Parenchym (die Nervenfasern) oder das Bindegewebe (intra-, perifasciculäres Gewebe, Scheiden) oder beide zusammen. Die parenchymatösen Erkrankungen sind als die für die Function und den Bestand der Faser gefährlichsten anzusehen; sie werden öfter von Veränderungen des intrafasciculären Bindegewebes begleitet.

Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Neuritis gehören der neuen Periode der Medicin an. Als bedeutender Vorläufer im 18. Jahrh. ist *Fontana* (1775) zu nennen, der die normale Structur der Nerven und die Veränderungen nach Durchschneidung gründlich studirte (*F.* hat den Axencylinder entdeckt), während die Angaben *Cotugno*'s (1764) über Veränderungen des N. ischiadicus bei Ischias nervosa noch ziemlich vag lauten. Die erste Hälfte des 19. Jahrh. hat im Ganzen wenige anatomische Beiträge geliefert; es ist eine Periode des medicinischen Rationalismus, welche die Beobachtungen der Nervenpathologie aus der Experimentalphysiologie zu erklären trachtete, welche die sympathischen und die Reflexkrankheiten, die essentiellen Lähmungen u. s. f. aufstellte und sämmtlich als Neurosen, d. h. anatomischer Grundlagen entbehrende Affectionen ansah. Belebend wirkte erst die Entwicklung der Histologie; so kamen von 1850 an zuerst vereinzelte und dann immer reichlichere, durch das Microscop gewonnene Thatsachen



zum Vorschein, unter welchen mir folgende besonders wichtig zu sein scheinen: 1) die experimentellen Untersuchungen von *Waller* (1850, 1852) über Nervendurchschneidung; 2) der Nachweis entzündlicher, mit Affectionen der Centralorgane oder constitutionellen Störungen zusammenhängender Veränderungen des N. opticus und der Retina durch *Türck*, *H. Müller*, *Virchow* (1850 ff.); 3) das Fortschreiten eines entzündlichen Processes der gland. Parotis auf den N. facialis und längs des Ramus 2. und 3. N. trigemini bis zum Ganglion Gasseri (*Virchow* 1858); 4) die Lepra peripherischer Nerven (Neuritis und Perineuritis leprosa, *Virchow* 1861, 1863) als anatomische Basis der sog. Lepra anæsthetica und mutilans; 5) *von Bærensprung*'s Nachweis des Zusammenhanges zwischen Herpes Zoster und Nervenentzündung (1863). Seit jenen Anfängen hat sich das Gebiet der Neuritis anatomisch und klinisch, hauptsächlich durch die Bestrebungen *Leyden*'s, befestigt und erweitert, und beabsichtigt folgende Mittheilung einen kleinen Beitrag zu diesem Capitel der Pathologie zu liefern.

Krankengeschichte von Dr. *E. Munzinger* in Olten.

Gottlieb Schibler, 25 Jahre alt, Fabrikarbeiter von Däniken (Aargau), Aufnahme (im Oltener Cantonsspital) 4. Februar 1882. Tod 22. März 1882.

Patient wurde den 2. Februar Nachts im Raufhandel in den Unterleib gestochen. Aus der 10 cm. langen Schnittwunde, die schief in der Nabelgegend von aussen oben rechts nach unten innen und links verlief, drang nach Angabe des herbeigerufenen Arztes, Herrn Dr. *Käser* in Schönenwerth, ein circa 1 Meter langes Stück unverletzten Dünndarms hervor. Dieses wurde nach gehöriger Reinigung unter antiseptischen Vorsichtsmaassregeln zurückgebracht; die Wunde mit carbolisirten Seidenfäden (Fassen des Bauchfells) genäht und ein *Lister*'scher Occlusionsverband angelegt. Quer unterhalb der linken Scapula eine bis auf die Muskeln dringende, 15 cm. lange Schnittwunde, die ebenfalls genäht wurde.

4. Februar. Beim Eintritt war der Zustand des Patienten sehr befriedigend. Leichte Erhebung der Temperatur, Puls 85, leicht icterischer Zustand mit ganz geringem Gallenfarbstoffgehalt des Urins. Vollkommene Euphorie. — Temp. Abends 37,5.

5. Februar. Gutes Aussehen der Wunde des Bauches; bloss etwas Röthe der Wundränder und leichte Absonderung derselben. Zu vermuthen ist Primärheilung der tiefern Wundpartien und leichte Suppuration der oberflächlichen. Temperatur Morgens 37,8, Abends 37,7.

9. Februar. Zweiter Verband; die Nähte werden entfernt. Vollständige Verklebung der tiefern Wundpartien; nur leichte Suppuration eines Theils der Wundränder und der Nähte. Rückenwunde per primam intentionem geheilt. Entfernung der Nähte.

15. Februar. Schmerzhafte Schwellung der Vor- und Hinterohrgegend. Ohrspeicheldrüsenentzündung mit etwas Temperaturerhebung. Temp. Morgens 38,5, Abends 39,1.

16. Februar. Beginnende Facialislähmung; vermehrte Schwellung der Drüse, Zunahme der Schmerzen. Am Abend des gleichen Tages totale Lähmung der Gesichtsnerven. Temp. Morgens 37,8, Abends 38,5.

Die Schwellung nimmt täglich zu, ebenso die Schmerzen, während die Temperatur nie mehr 39° erreicht. Die Geschwulst vergrössert sich, die Oberfläche röthet sich und zeigt leichtes Oedem, so dass den

22. Februar zur Incision geschritten wird. Drainage und Listerverband. Eitriger Ohrenfluss. Schwerhörigkeit, Facialislähmung bleibt sich gleich. Tägliche Irrigation der Wunde und des Ohrs mit 2% Borlösung. Einblasen von Acid. boric. pulveris. in den äussern Gehörgang. Temp. Morgens 37,2, Abends 37,8. Täglicher Verband. Temp. immer viel unter 38°. Täglich besseres Aussehen der Wunde. Sehr gute Granulation, nachdem sich die necrotische Fascie abgestossen. Drain wird mit jedem Tag verkürzt; Ohrenfluss ganz verschwunden, ebenso die Schwerhörigkeit. Drain entfernt den 14. März. Die Wunde beinahe geheilt bis auf eine kleine Fistel und leichte Induration der untern,



dem Unterkiefer anliegenden Partie. Seit Anfang März befindet sich Patient sehr wohl und steht täglich auf. Facialislähmung besteht aber im gleichen Grade fort. Faradisation.

16. März. Abends treten bei fieberlosem Zustande Schlingbeschwerden ein, die rasch zunehmen, so dass schon am

17. März Ernährung durch die Schlundsonde eintreten muss. Dazu kommt gehemmte Articulation der Sprache, mangelhafter Choanen- u. Larynxverschluss (leichtes Verschlucken und Ausblasen der Luft durch die Nase beim Versuch des Aussprechens solcher Vocale, deren Aussprache Choanenverschluss erfordert). Ameisenkriechen in beiden obern und untern Extremitäten. Schwerbeweglichkeit der obern und untern Extremität beider Seiten, namentlich aber der linken.

18. März. Aphonie und starke Hemmung der Spracharticulation, Zunge eingeschlafen, Uvula nach links verzogen. Verschluss des Adit. laryng. schlecht. Unmöglichkeit zu schlingen und expectoriren. Schleimansammlung im Rachen. Dyspnœ. Kein Husten, kein Fieber. Nirgends eine Spur von Schmerz, dagegen Vermehrung der Motilitätsparese. Unmöglichkeit die Beine zu heben; die Arme weniger paretisch. Jedoch Unmöglichkeit sich aufzurichten oder zu setzen. Tastkreise vergrössert. Patellarreflex beiderseits aufgehoben. Pupille normal reagirend, leichte Sehparese.

19. März. Verschlimmerung aller Symptome bei vollkommen freiem Sensorium. Bedeutende Dyspnœ, eminent rasche und unvollständige Herzcontraction (Vagusparese). Ueberwiegen der rechtseitigen Nackenmuskeln (Parese d. l. Access. Willis.), Zunge ganz eingeschlafen, schlechte Articulation. Totale Unmöglichkeit zu schlingen (Parese d. Glossopharyng.). Totale Aphonie (Recurrensparese), Zunahme der Parese der Extremitäten, namentlich links. Nie Fieber, constant 37,2—37,3.

Sensorium frei; Pupillen reagiren; kein Kopfschmerz, noch sonst ein Schmerz, nur leichte Empfindlichkeit links neben der Trachea auf Druck. Keine Schwellung daselbst.

20. März. Vermehrung der Dyspnœ, eigentlicher Lufthunger. Fortdauer der Lähmungserscheinungen. Lähmung des sphincter ani, unfreiwilliger Abgang der Fæces, Exurese immer normal. Kein Husten, jedoch hinten und unten beiderseits zahlreiche feuchtblasige Rasselgeräusche. Keine Dämpfung. Parese nimmt zu. Patient immer ängstlicher und unruhiger. Sensorium frei. Pupillen beiderseits gleich, mittelgross, reagirend. Kein Schmerz. Herzcontractionen unzählbar und unvollständig.

Tod den 22. März Abends 10 Uhr bei vollkommen freiem Sensorium.

Herr Dr. *Munzinger* hatte sich von dem Processe folgende Idee gebildet: „Die Entzündung begann in den peripherischen Fasern des gelähmten N. facialis und schritt durch das Foramen stylomastoideum hinauf zum Nervenursprung. Von dort aus verbreitete sich die Entzündung auf die Corpora olivaria und restiformia, auf den Glossopharyngeus, dann auf den Accessor. Willisii und vagus und hinab zum Rückenmark bis zu den peripherischen Nerven.“

Die Hauptmomente der Krankengeschichte sind demnach folgende: die Gesammtdauer der Krankheit von der Verletzung bis zum Eintritt des Todes betrug 46 Tage, die progressive Lähmung begann 6 Tage vor dem Tode. Am 13. Tage nach einer Verwundung der Haut des Rückens und nach einer penetrirenden Bauchwunde, welche beide ohne wesentliche Zufälle heilten, stellte sich unter vorübergehender Fieberbewegung linksseitige Parotitis, Tags darauf Facialislähmung ein. Die letztere dauerte auch nach Spaltung des Parotis-Abscesses unverändert fort, während das Allgemeinbefinden durchaus günstig war. Ganz unerwartet traten am 40. Tage nach der Verletzung Schlingbeschwerden auf, denen rasch Zungenlähmung, Aphonie und mit zeitweiligen Formicationen verbundene Parese der Extremitäten nachfolgte. Unter zunehmenden Lähmungserscheinungen, welche auch die Respirationsmuskeln und das Herz betrafen, erfolgte der Tod bei



erhaltenem Bewusstsein, das überhaupt nie getrübt gewesen war. Fieber hatte in der letzten Periode der Krankheit nicht bestanden.

Die von mir unter Anwesenheit der Herren Dr. *Christen* und *Munzinger* und einiger Mitglieder des Richteramtes Olten-Gösgen ausgeführte Section (Olten, 23. Februar 1882) ergab über Sitz und Ursache der Lähmung keine Aufklärung.

In der linken Scapulargegend eine lineare, die Haut und das Unterhautzellgewebe betheiligende Narbe, am Abdomen ein die ganze Dicke der Bauchwand durchsetzender schmaler Narbenzug. Im Cavum abdominis unbedeutende Reste chronischer Peritonitis: schiefrig gefärbte Excrescenzen der vordern Bauchwand, der Plica recto-vesicalis und einer Dünndarmschlinge, eine andere Dünndarmschlinge durch zwei zarte Bänder mit der Nabelgegend verwachsen. — Querfingerbreit unterhalb des linken Ohres eine bohnengrosse Anschwellung, welche beim Einschnitt wenige Tropfen Eiter entleert; einen halben Querfinger oberhalb eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung, welche einem feinen in das schwielig durchwachsene Unterhautzellgewebe führenden Fistelgange entspricht. Die linke Gland. parotis ist zusammengeschrumpft, glatt, weisslich, äusserst derb, mit dem aufsteigenden Unterkieferast und der Schädelbasis fest verwachsen. In letzterer Gegend ein haselnussgrosser, im schwieligen Parotisgewebe gelegener, mit Granulationen ausgekleideter Abscess; der Nervus facialis fest mit der Parotis verwachsen. — Pia mater und Gehirn ödematös, graue Substanz röthlich; Pons, Medulla oblongata, Wurzeln der Hirnnerven zeigten nichts Auffälliges. In der Arachnoidea des Rückenmarkes, welches nur bis zum 6. Dorsalnerven herausgenommen wurde, einige hirsekorngrosse Knochenplättchen. Das Rückenmark selbst, die Nervenwurzeln, die Nerven am Halse, der Plexus brachialis liessen nichts Besonderes erkennen. — Lungen lufthaltig; linker Ventrikel etwas hypertrophisch; Milz vergrössert, mit dem Zwerchfell verwachsen; Nieren in beiden Substanzen dunkelroth; Leber hellbraunroth.

Nach dem Verlaufe der Krankheit und dem negativen Resultat der Section glaubte ich einen Fall von sog. *Landry*'scher Paralyse vor mir zu haben, welche ausnahmsweise mit bulbären Symptomen beginnt. Man erinnert sich der Krankheitsgeschichte des berühmten vergleichenden Anatomen *Cuvier*, welche von competenten Autoren der *Landry*'schen Lähmung zugerechnet wird.

Cuvier, der am 7. Mai 1832 etwas unwohl gewesen war, verspürte am Morgen des 8. einige Mühe beim Schlucken, arbeitete jedoch noch in gewohnter Weise. Beim Dîner zeigten sich die Schluckbeschwerden noch bedeutender (Blutegel, VS.). Folgenden Tages die gleiche Klage, ausserdem Parese der Arme (Consilium von 6 Aerzten, worunter *Orfila* und *Dupuytren;* Ipecacuanha mit Schlundsonde eingeführt blieb wirkungslos; Blutegel, Vesicatore). Am 13. Mai höchster Grad allgemeiner Paralyse. Auch die Beine vollständig gelähmt. Tastempfindung eher erhöht. Nie Schmerzen, Fieber; Bewusstsein fortwährend ungetrübt. Tod am gleichen Abend. — Die von *P. Bérard* ausgeführte Section fiel negativ aus.

Das zur microscopischen Untersuchung mitgenommene Material, welches durch das Entgegenkommen des Oltener Richteramtes folgenden Tages vervollständigt werden konnte, ergab unerwartete Aufklärung. **Der Sitz der Lähmung ist das peripherische Nervensystem.** Aus der Detailuntersuchung sei Folgendes summarisch hervorgehoben:

1) Centralorgane. Pons, Medulla oblongata und Rückenmark bis zur Mitte des Dorsaltheiles, speciell die Ganglienzellen der Kerne am Boden des IV. Ventrikels und die der Vorderhörner des Rückenmarkes sind intact, nirgends Bindegewebswucherung, Körnchenzellen u. s. f.; nur an einer Ganglienzelle des linken Gangl. Gasseri wurde glasige Verquellung und Mangel des Nucleus beobachtet. (Der Centralcanal des Rückenmarks bis 2 mm. unterhalb des Calamus scriptorius



obliterirt, ein häufiger Befund; vereinzelte Corpuscula amylacea im Ependym des IV. Ventrikels, in der Umgebung des obliterirten Centralcanals und an der Vorderfläche des Pons können ebenfalls die frische Affection nicht erklären.)

2) Das peripherische Nervensystem zeigt bedeutende pathologische Veränderungen; a) parenchymatöse: Zerfall der Myelinscheide bis zur ausgesprochenen Fettdegeneration; die Axencylinder entweder erhalten, oder unregelmässig angeschwollen, oder fehlend; die Kerne der *Ranvier*'schen Segmente und das umgebende Protoplasma sind vermehrt, die *Schwann*'schen Scheiden öfters auf längere Strecken mit rundlichen oder länglichen Zellen erfüllt. Viele dieser Zellen enthalten Myelin oder Fett. b) Interstitielle. Das intrafasciculäre Bindegewebe ist mit kleinen, lymphkörperchenähnlichen Rundzellen und mit grössern rundlichen, eckigen oder spindelförmigen Elementen durchsetzt, manche dieser Zellen enthalten Fetttröpfchen. Stellenweise ist die Zellenwucherung besonders stark längs den Blutgefässen und unter der lamellären Scheide.

Gewöhnlich finden sich parenchymatöse und interstitielle Veränderungen neben einander, seltener nur die eine oder andere. Sehr auffallend aber ist die verschiedene Localisation des pathologischen Processes. Nicht nur trifft man, auch in den am stärksten veränderten Stellen, immer einzelne oder viele intacte Nervenfasern, sondern grosse Strecken eines Nerven zeigen gar keine oder nur geringe Veränderungen, während andere Abschnitte wieder bedeutend alterirt sind. Einzelne Nerven sind im ganzen Verlaufe annähernd gleichmässig erkrankt (z. B. N. hypogloss. links), andere wieder ganz normal (N. opticus links). Der pathologische Process kommt sowohl an den Wurzeln, als am Stamme und den Verästelungen vor. Vor Allem stellt sich die Thatsache heraus, dass die sensiblen Nerven wenig, die motorischen Nerven stark betheiligt sind.

Hirnnerven (untersucht wurden N. II—XII links, N. X—XII rechts). N. II und VIII normal, N. V sehr wenig betheiligt, nur der N. mandibularis, der mit der Gland. parotis verwachsen ist, zeigt erhebliche Degeneration.

Augenmuskelnerven wenig verändert.

N. VII enthält, wie die lang dauernde Lähmung erwarten liess, nur einzelne normale Fasern, er besteht vorwiegend aus längsverlaufenden Spindelzellen.

N. IX wenig betheiligt.

N. X ebenso, dagegen stark der Ramus recurrens (rechts weniger als links).

N. XI und XII sehr bedeutend verändert, der letztere bis in die 0,2 mm. dicken Zungenästchen hinein. An beiden Nerven sind die Veränderungen links bedeutender als auf der rechten Seite.

Rückenmarksnerven. Sowohl die vordern als hintern Wurzeln zeigen sich wenig betheiligt; ebenso die plexus axillares und Nn. crurales; in feinern Aestchen der M. pector. maiores vereinzelte stark degenerirte Nervenfasern. Nn. phrenici normal, dagegen ihre Verästelungen im Zwerchfell mit stellenweise sehr erheblicher Degeneration und interstitieller Zellwucherung.

N. sympathicus beiderseits im Halstheil kaum merklich betheiligt: die Ganglienzellen normal, einzelne markhaltige Fasern etwas krümlich, keine Zellwucherung.



3) Die quergestreiften Muskelfasern sind meist gut erhalten. Bemerkenswerth ist das Vorkommen von Fettdegeneration, seltener von Vermehrung der Muskelkerne in Muskeln, die mit degenerirten Nerven in Verbindung stehen (jedoch mit Ausnahme der Mm. sternocleidomastoidei, welche sich normal verhalten): etwa $^1/_{10}$ der Muskelfasern der Zunge, und $^1/_4 - ^1/_8$ derjenigen des Zwerchfells zeigen ausgesprochene Fettmetamorphose.

Der pathologische Process in den peripherischen Nerven, welcher der progressiven Lähmung wesentlich zu Grunde liegt, ist als eine verbreitete Neuritis parenchymatosa und interstitialis (intrafascicularis) aufzufassen. Veränderungen ähnlicher Art trifft man an der Durchschneidungsstelle und im peripherischen Ende eines durchschnittenen Nerven. Mit den von *Sigm. Mayer* beschriebenen, spontanen Degenerationsvorgängen im peripherischen Nervensystem hat dieser Fall nichts zu thun; er unterscheidet sich von jenen durch die grosse Verbreitung der parenchymatösen Degeneration und durch das Vorhandensein reichlicher Zellwucherung.

Die microscopische Untersuchung unseres Falles liefert zunächst das practisch wichtige Ergebniss, dass tiefgreifende Erkrankungen der Nerven vorhanden sein können, ohne von blossem Auge erkennbar zu sein (keine Farbenveränderung, keine Anschwellung), sodann das für die Diagnose belangreiche Resultat, dass „multiple Neuritis“ schmerzlos verlaufen kann, während Schmerzen bisher als wichtiges Symptom der Neuritis gegolten haben.

Zu erledigen bleibt noch die forensische Frage, ob der Tod des Patienten mit der erlittenen Verletzung in Zusammenhang stehe; diese Frage führt uns auf die Aetiologie der Neuritis. Längst bekannt sind traumatische Formen (durch Schnitt, Stich, Quetschung u. dgl.), welche meist localisirt bleiben, in seltenen Fällen auch zu verbreiteter, multipler Neuritis führen *(Duménil)*. Rheumatische Neuritis, u. A. die rheumatische Facialislähmung, dürfte klinisch unanfechtbar feststehen, wenn auch genügende anatomische Belege meines Wissens noch fehlen; sie sind meist locale Leiden, selten entwickelt sich disseminirte Neuritis *(Eisenlohr)*. Für die fortgeleitete Neuritis gibt die Neuritis N. VII unserer Beobachtung ein Beispiel. Die toxischen und infectiösen Formen lassen eine Einwirkung durch die Blutbahnen voraussetzen: beide rufen bald localisirte, bald verbreitete Neuriten hervor. Von der ersten Gruppe ist vielfach besprochen und noch immer nicht völlig klar gelegt die Neuritis nach Bleivergiftung. Doch stellt sich aus den neuern Untersuchungen immer mehr heraus, dass die Einwirkung des Bleies eine sehr mannigfaltige ist, dass keineswegs immer die peripherischen Nerven (wie etwa der N. radialis), sondern zuweilen die Muskeln oder die Centralapparate den Angriffspunct abgeben (*R. Maier*, *H. v. Wyss* u. A.), dass ferner in letztern entweder unzweifelhafte organische Veränderungen oder aber bloss functionelle Störungen durch das Gift hervorgerufen werden.

Unter den Infectionskrankheiten tritt die Diphtheritis in den Vordergrund; das diphtheritische Gift verhält sich ähnlich wie das Blei, insofern pathologisch-anatomische Veränderungen bald vorwiegend am Centralnervensystem (*Buhl* u. A.), bald an den peripherischen Nerven *(Charcot*, *P. Meyer)*, oder aber reine Vergiftungen (z. B. als *Landry*'sche Paralyse, *Westphal*) beobachtet werden. Man hüte



sich daher bei toxischen und infectiösen Lähmungen ohne Weiteres von Neuritis zu sprechen.

Kürzlich hat die Gruppe der infectiösen Neuriten einen bedeutenden Zuwachs erfahren durch *Bälz* und *Scheube* (1882), welche Autoren die in Japan häufig vorkommende Beriberi- oder Kakkekrankheit als Neuritis disseminata (Panneuritis *Bälz*) aus miasmatischer Ursache betrachten.

Die Krankheit stellt sich nach diesen Forschern als eine gewöhnlich von unten nach oben fortschreitende, mit Parästhesie verbundene Parese dar, die gewöhnlich in Heilung ausgeht, seltener unter rasch vorschreitender Lähmung oder Eintreten von Muskelatrophie und Hydrops tödtlich wird. Kurz zuvor hatte *Wernich* diese Krankheit als eine tiefe Störung der Blutbildung, als eine Art perniciöser Anæmie erklärt. Die neue Auffassung begründen *Bälz* und *Scheube* durch die Leichenuntersuchung eines an Typhus abdomin. und eines an Hirnsyphilis verstorbenen Individuums, wo Bindegewebswucherung in Nerven der Unterextremitäten, in einigen Rückenmarkswurzeln und Muskeln, einmal auch in Spinalganglien, im gleichen Falle auch Verminderung der Ganglienzellen der Vorderhörner beobachtet wurde. Der häufige Befund von Hydrops der serösen Säcke spricht meines Erachtens zum mindesten für eine Complication, da dieses Symptom bei der in Europa vorkommenden Neuritis nicht beobachtet wird. Wie ich vermuthe, könnte Anchylostomum duodenale hier mitbetheiligt sein, welches in Japan (laut *Bälz* und *Scheube* 1883) häufig vorkommt und von *Stammeshaus* in Niederländisch-Indien (1882) unter 48 Obductionen von Beriberileichen 47 Mal gefunden wurde.

Endlich bleiben die spontanen Neuriten, d. h. solche, welche aus unbekannten Ursachen entstehen. Gerade manche Fälle von verbreiteter Neuritis gehören in diese Gruppe und können leicht die Vermuthung auf eine infectiöse Ursache lenken. In der That steht der neueste Autor über multiple Neuritis, *Pierson* (1883), nicht an, unsere seltenen Fälle von „spontaner" Neuritis disseminata als sporadische Fälle der in Japan endemischen Beriberineuritis von *Bälz* und *Scheube* zu erklären. Allein abgesehen davon, dass die Ursachen und der anatomische Sitz der Beriberi noch dringend weitere Untersuchungen erheischen, zeigt schon die vorausgeschickte Uebersicht der Ursachen der Neuritis, dass Multiplicität nicht nothwendig auf Infection beruhen muss. Die grosse Verbreitung eines Krankheitsprocesses kann allerdings Folge einer Blutalteration (toxischer oder infectiöser Art) sein, kann aber auch durch Fortschreiten eines ursprünglich localen Processes entstehen (Neuritis migrans), ja es ist nicht ausgeschlossen, dass durch äussere, gleichzeitig oder successiv verschiedene Nerven treffende Schädlichkeiten (Traumen, Erkältungen) multiple Neuritis herbeigeführt werden könne.

Wie soll nun unser Fall gedeutet werden? Etwa als septische Neuritis, bedingt durch Infection von einer der Verletzungsstellen oder von der Parotitis aus? Allein der Krankheitsverlauf weist nicht auf Sepsis und die von Manchen für nothwendig erachteten Micrococken sind von mir nirgends gefunden worden. Oder als eine besondere Art von Mumps-Metastase? Allein Mumps regierte damals nicht in Olten und dessen Umgegend. Ich glaube die Erklärung ist im klinischen Verlaufe und im anatomischen Verhalten bestimmt angedeutet: die meisten Fälle von sog.



spontaner multipler Neuritis beginnen mit Störungen in den Extremitäten, unser Fall mit sog. bulbären Symptomen; die neuritischen Veränderungen sind am stärksten ausgesprochen in der Nähe eines seit mehreren Wochen in Entzündung begriffenen Organes, der linken Parotis. Dies scheint auf eine Fortleitung des entzündlichen Processes von der Parotis auf die benachbarten Nerven und von diesen auf fernere Nerven mit Entschiedenheit hinzuweisen, wobei allerdings bei der eigenthümlichen Verbreitung der Neuritis noch locale Prädispositionen unbekannter Art angenommen werden müssen. Ist diese Erklärung richtig, so liegt symptomatologisch gesprochen eine Reflexlähmung vor, die ihren nächsten Verwandten in der sog. paraplegia urinaria *(Stanley)* hat. Unsere Reflexlähmung unterscheidet sich aber von den wenigen, genauer untersuchten Fällen dieser Art dadurch, dass keine Myelitis, wie sie *Gull* und *Leyden* beschreiben, als Mittelglied auftritt, sondern dass sie in einer disseminirten Neuritis ihre wesentliche anatomische Begründung findet.

Da die Parotitis nicht sicher als Folge der Verletzung gelten kann — es fehlten die Schüttelfröste, die anderweitigen Metastasen und der jauchige Charakter der Parotitis, so musste das motivirte wie schon das vorläufige Gutachten lauten: der Tod des Patienten steht in keiner nachweisbaren Beziehung zur erhaltenen Verletzung.

Der Fall Schibler wirft, wie ich glaube, ein interessantes Streiflicht auf das Capitel der Neurosen: man konnte an sog. ascendirende Neuritis mit folgender Myelitis und Neuritis descendens einerseits, an den Symptomencomplex der *Landry*schen Paralyse andrerseits denken; die anatomische Untersuchung, welche eine verbreitete Neuritis ohne Myelitis ergab, lieferte einen festen Anhalt für den Symptomencomplex der Reflexlähmung. Noch braucht es zähe Arbeit, bis das Gebiet der Neurosen durch die Fortschritte der pathologisch-anatomischen Erkenntniss auf das unumgängliche Minimum reducirt sein wird; dann dürfte aber auch der Zeitpunct gekommen sein, wo die hier nicht berührte, weil hypothetische Angelegenheit der trophischen Centren und trophischen Nerven ihre definitive Erledigung finden wird.

Litteratur der Neuritis: *Eulenburg*'s Realencyclopädie IX. *Virchow*'s Archiv 85, 222. — Neuritis disseminata: Zusammenstellung bei *Leyden*, Zeitschr. für klinische Medicin I, 407; *Marchand* in *Virchow*'s Archiv 81, 477; *Grainger Stewart Schmidt*'s Jahrbb. 192, 14; *Pierson Volkmann*'s Vorträge Nr. 229. — Anchylostomum duodenale in Japan: *Bälz* und *Scheube*, Berlin. klin. Wochenschr. 1883, p. 238; in Niederländisch-Indien: *Stammeshaus* bei *Hirsch*, Handb. der hist.-geogr. Pathologie II (1883), 422.

Vereinsberichte.

XXVI. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Basel

Freitag den 25. und Samstag den 26. Mai 1883. (Fortsetzung.)

Präsident: Dr. *Sonderegger*. Schriftführer ad hoc: Dr. *Siebenmann*, Brugg.

Am folgenden Morgen erschien der practische Arzt ziemlich pünktlich mit dem academischen Viertel im Spital. Die Wahl that weh, wohin sich wenden. Wenigstens 2 Kliniken nach einander besuchen und auf jeder die vollständige Visite mitmachen



und den betreffenden Vorträgen folgen zu können, ist ein allgemeiner Wunsch. Ob er sich aber realisiren lässt?

Auf der gynäkologischen Klinik hielt Prof. *Bischoff* zunächst einen Vortrag über die Frequenz und die Mortalitätsverhältnisse seiner Spital-Abtheilung. Er bespricht die Ursachen, welche die Mortalitätsziffer (1½%) der Puerpern seiner Abtheilung an noch weiterm Sinken verhindern: Aufnahme von bereits Fiebernden und von an chronischer Peritonitis Leidenden, ferner die unmittelbare Nähe der innern medizinischen Abtheilung, die Abhaltung der Hebammencurse und die während dieser Zeit ungeeignete, durch unerfahrene Wärterinnen ausgeübte Pflege, das Touchiren durch Practicanten, welche nebenbei noch Sections- und Operations-Curse besuchen.

Betreffend der auf seiner Klinik üblichen Massregeln gegen das Puerperalfieber betont der Vortragende die Wichtigkeit einer gut durchgeführten Prophylaxe. Rasiren der Schaamhaare, Bad, Bestreichen des touchirenden Fingers mit 10% Carbolöl oder Carbolvaseline, Reinigen der Hände mit 4—5% Carbolwasser, 2% Carbolirrigation nach jeder Touchirung und auch sofort nach beendigter Geburt, Spray von der Zeit des Einschneidens an (sofortige Entfernung des Kindes aus demselben!), gläserne, auskochbare Mutterrohre, keine weitern prophylaktischen Irrigationen; dagegen Bedecken des Introitus vaginæ mit Salicylwatte (kein Tampon!). Bei einmal ausgebrochener Puerperal-Erkrankung ist die Therapie machtloser: Irrigation mit 20% Salicylalcohol und Drainage; auch ein bis zwei Mal täglich eine 5 Minuten lang dauernde Carbolberieselung und daneben, wenn immer thunlich, permanente Irrigation mit Bor-, Salicyl- oder reinem Wasser. — Bei einem Fall von septischer Peritonitis und secundärer „intravasculärer“ (enorme Anhäufung von Blut in den Abdominalvenen) Verblutung infundirte der Vortragende in die Art. rad. sin. 3 Liter Kochsalzlösung und erzielte damit — wenn auch nur vorübergehend — auffallende Besserung. Früher wurden diese Infusionen alle arteriell gemacht, später aber zog *B.* die Infusion in die Vene, als ebenso leicht und weniger gefährlich, vor. Er hatte nämlich bei einer Patientin wegen starker Blutung aus Placentarresten eine solche Chlornatriuminfusion in die Art. radialis gemacht und an der Injectionsstelle in der Folge ausgedehnte Gangrän sich entwickeln sehen (Patientin genas). — Im verflossenen Jahre waren auf der Abtheilung 11 Zangengeburten nothwendig, davon 2 mit tödtlichem Ausgang für die Mutter (1 Eclampsie und 1 ausgedehnte Verletzung bei engem Becken). *B.* benutzt die Axenzug-Zangen nicht. — Ferner fanden im Berichtsjahre 7 Embryotomien statt, sämmtliche mit glücklichem Ausgang; ebenfalls ohne Todesfall verliefen die Fälle von Wendung und von Placenta prævia. Enge Becken hatten 4% (gegen 11% vorigen Jahres) der Gebärenden. — Bemerkenswerth und originell sind des Vortragenden Bemerkungen über die auf seiner Abtheilung übliche Behandlungsweise der Blutungen bei Abort: sind nämlich solche nicht zu stillen durch Tamponade und heisse Irrigation, so wird das Ei auch bei weniger eröffnetem Muttermunde mit eigens hiezu construirter Zange entfernt, dann die Uterushöhle mit der Curette energisch ausgeräumt und schliesslich mit Carbol ausgewischt. Die Resultate dieser eingreifenden Therapie waren sehr erfreulich: es erfolgte ausnahmslos restitutio ad



integrum. — Was die Prophylaxe gegen Soor und Ophthalmoblennorrhœ der Kinder anbelangt, so ist *B.* sehr zufrieden mit den Borsäure-Waschungen. Von Blennorrhœ kam nur 1 Fall vor; gegen Soor schützt das Mittel absolut, viel besser als Kal. chloric. — Gegen ausgebrochenen Soor kennt er kein Specificum, überhaupt erweist sich hier die Therapie ziemlich ohnmächtig. — Auf einem Gange durch die gynäkologische Abtheilung folgte die Fortsetzung des Vortrages. *B.* hat in diesem Jahre 7 Laparotomieen gemacht mit 0 Mortalität. Eine Patientin wird vorgestellt mit colossaler Ovarialcyste; der Vortragende, der bei zur Radicaloperation geeigneten Fällen vorausgehende palliative Punction verwirft, wird in diesem Falle davon eine Ausnahme machen, um die enorm ausgedehnten Abdominalwände sich zuvor wieder möglichst zusammenziehen und die dislocirten Organe ihrem normalen Stande sich nähern zu lassen. — Anlässlich der Demonstration eines Falles von durch keilförmige Excision geheilten Cervialcarcinoms spricht *B.* über das relativ häufige Vorkommen des letztern und über die — mit Rücksicht auf rationelle Therapie — nothwendig frühzeitig zu stellende Diagnose (Eindringen mit dem Finger in den Cervicalcanal bei Chloroform-Narcose). Bei diesem Anlasse gedenkt *B.* der Total-Uterusexstirpationen, in der Hoffnung, dass dieselben in künftigen Tagen nur noch ausnahmsweise ausgeführt würden. Bei ausgedehntem Carcinom bietet diese Operation nur minime Chancen; auch subseröse und interstitielle Fibrome geben selten gerechtfertigte Indication zur Total-Uterusexstirpation. — Ferner wird eine Patientin gezeigt, bei der wegen Geburt bei engem Becken die Zange angelegt und dadurch offenbar Synchondrose und Symphyse gesprengt wurden. Die Heilung macht günstige Fortschritte; eine gewöhnliche elastische Binde leistet als Beckengurt gute Dienste. — In einem andern Krankenzimmer erwartete uns eine interessante Collection von 6 Patienten, sämmtliche mit osteomalacischen Becken, darunter 5, welche nach jahrelangem Leiden schliesslich gänzlich geheilt worden waren. Als ätiologisch übereinstimmendes Moment wurde erhoben: schlechte äussere Verhältnisse, namentlich auch feuchtes dumpfiges Logis. Zwei Fälle heilten ohne weitere Behandlung, die andern bei Anwendung von Soolbädern und innerlichem Gebrauch von Kalksalzen.

Ferner wurde uns eine nun vollständig geheilte Patientin vorgestellt, bei der wegen Dysmenorrhœ die Castration unter sehr erschwerenden Verhältnissen (die Ovarien waren vollständig überdacht und umwachsen von den benachbarten Partien) ausgeführt wurde und bei der die Menses seither wieder mit regelmässigem Typus zurückgekehrt sind. — Eine ebenfalls Genesene und zur Untersuchung Vorgezeigte bot deshalb Interesse, weil sie im Berichtjahre entbunden worden war von einem colossalen Myom, das interstitiell in der vordern Wand des Uterus seinen Anfang nehmend bis in die entsprechende Muttermundslippe sich hinaberstreckt und bei seiner weitern Ausdehnung die topographischen Verhältnisse in so eigenthümlicher Weise verändert hatte, dass erst nach begonnener Operation eine richtige Orientirung möglich wurde. Wo, wie in solchen Fällen, die Geschwulst anfänglich in kleinen Stücken herausgerissen werden muss, empfiehlt der Vortragende zu diesem Zweck eine starke Zange mit ringförmigen, scharf schneidenden Löffeln.



Medicinische Klinik.[1]) Prof. *Immermann* zeigte zuerst einen Fall von congenitalem Herzfehler bei einem 8jährigen Mädchen, bei dem aus der allgemeinen Cyanose im Verein mit dem physikalischen Herzbefunde die Diagnose auf gemeinschaftlichen Ursprung der Aorta und Art. pulmonalis aus dem rechten Ventrikel und auf einen Defect in der Wand der Vorhöfe gestellt wurde.

Zweitens wurde vorgestellt die Schwester des am Vorabend von Prof. *Immermann* demonstrirten Patienten mit juveniler progressiver Muskelatrophie; sie zeigt die gleichen Erscheinungen wie ihr Bruder, nur noch hochgradiger. Beginn der Leiden mit 15 Jahren, Beschränkung der Atrophie auf die grossen Muskeln des Schultergürtels und des Oberarms (Mm. serrati maj., rhomboidei, pector. maj., die Mm. biceps, deltoides und triceps). Uebrige Körpermusculatur normal entwickelt. In den erkrankten Partien Entartungsreaction und Fehlen jeglicher fibrillärer Zuckungen.

3. Ein Fall von centraler Myelitis im Anschluss an wahrscheinlich traumatische Spondylitis der obern Brustwirbel. Die Erscheinungen sind: motorische Paralyse und enorme Steigerung der Haut- und Sehnenreflexe an den untern Extremitäten; Hautsensibilität überall normal, dagegen hochgradige Analgesie der untern Extremitäten, der Bauch- und Rückenhaut bis zur Höhe der basis proc. xiph. Oberhalb des analgetischen Bezirks keine anästhetische Zone (Freibleiben des hintersten Theiles der grauen Substanz).

4. Ein Fall von Erythema multiforme bullosum mit auffallend hämorrhagischem Inhalt der Blasen.

5. Urogenitaltuberculose mit Demonstration der zahlreich im Harn aufgefundenen Tuberkelbacillen.

6. Wegen ihrer Seltenheit von Interesse war die Demons tration von 3 Fällen von hereditärer *Friedreich*'scher Tabes. (Vergl. die Beschreibung der betr. und einiger weiterer Fälle von Dr. *Rütimeyer* „Hereditäre Ataxie, *Virchow*'s Archiv, Bd. 51, 1883 p. 106—129); es betraf dieselbe 3 Knaben im Alter von 18, 16 und 15 Jahren, alle 3, wenn auch ziemlich entfernt verwandt, dem gleichen Familienkreise (der in Küttigen bei Aarau ansässigen Familie Blattner) angehörend. Bei allen 3 Patienten entwickelte sich das Leiden in völlig gleicher Weise im Alter von ca. 7 Jahren mit atactischen Störungen der untern und obern Extremität und bald auch der Sprache. Die jetzigen Erscheinungen entsprechen durchaus dem *Friedreich*'schen Bilde: Familiäre Anlage (2 Geschwister des einen Patienten und ein demselben Familienkreise angehöriges 20jähriges Mädchen leiden an derselben Krankheit), Beginn in der Kindheit, ziemlich verbreitete Ataxie, Nystagmus, normale motorische Kraft, intacte oder nur spurweise verminderte Hautsensibilität; durchaus normale Temperatur, Druck- und Muskelsinn; fehlende Patellarsehnenreflexe, fehlende lancinirende Schmerzen oder Gürtelgefühl, fehlende Erscheinungen von Seiten der Blase und des Mastdarmes und endlich fehlende Pupillenstarre.

7. Ein Fall von Hemiathetose der r. obern Extremität ohne vorangegangene Hemiplegie.

[1]) Referat von Dr. *L. Rütimeyer*, I. Assistenz-Arzt der Klinik.



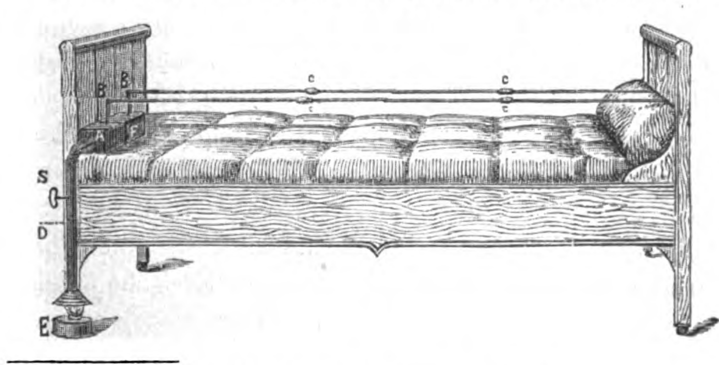
Zum Schlusse demonstrirte Dr. *Dubois* von Bern einen von ihm angegebenen höchst einfachen und sinnreichen transportablen Apparat zur Herstellung heisser Luftbäder.

In seinem Handbuch der Krankheiten des Harnapparates [1]) spricht sich Prof. Dr. *Bartels* folgendermaassen über die Anwendung heisser Luftbäder aus: „Vorrichtungen zur Herstellung heisser Luftbäder sollten in keinem grösseren Krankenhause, in dem auch Wassersüchtige behandelt werden, fehlen. Für die academischen Heilanstalten in Kiel ist jetzt der Bau eines solchen Baderaumes gewährt worden. Einen dürftigen Ersatz dafür kann man sich im Privathause dadurch schaffen, dass man den Kranken im geheizten Zimmer auf einen hölzernen Stuhl setzt, unter welchem am Boden eine oder zwei Spirituslampen brennen, während der Kranke bis zum Halse, mit sammt seinem hölzernen Sessel, von dichten bis zum Boden herabhängenden Wolldecken, welche den Luftraum zunächst um den Sessel gänzlich abschliessen, umgeben wird.“

Eine solche Vorrichtung ist allerdings als dürftig zu bezeichnen. Ich meinerseits würde es kaum wagen, einen an hochgradigem Hydrops leidenden Menschen auf diese Weise zu behandeln. Der Therapeut darf die alte Regel nicht vergessen: Primum non nocere.

Während meiner Assistentenzeit in der Berner Klinik wurde von Prof. *Quincke* eine viel bequemere Vorrichtung hergestellt.

Ein aus drei grossen eisernen Reifen gebildeter Bogen wurde über Bett und Patient gelegt; darüber das obere Leintuch und die Wolldecke gespannt. — Am Fussende des Bettes, am unteren Theile des so gebildeten Luftraumes war ein grosses Brett fixirt, durch welches ein dickes knieförmig gebogenes Eisenblechrohr ging. Unter diesem bis nahe an den Boden reichenden Rohr wurde eine Spirituslampe angezündet. — Dieser Apparat bewährte sich vollkommen. Jedoch hafteten demselben folgende Fehler an: Der grosse Bettbogen nahm viel Platz ein, seine Entfernung aus dem Krankenbette nach dem Schwitzen konnte nicht ohne Abdecken des Patienten geschehen. Das grosse Brett sammt Blechrohr konnte nur an unseren Spitalbetten, wo der untere Theil der Bettstatt die Matraze nicht überragt, angebracht werden. — Diese Uebelstände machten den Apparat für die Privatpraxis



A. ist der Kasten.
B. sind die Stäbe.
C. die Stangen.
D. ist das Eisenblechrohr.
E. die Lampe.
F. die Oeffnung des Kastens.
S. der Schlüssel des Rohres.

[1]) *Ziemssen*'s Handbuch, Band IX, Seite 196.



ziemlich unbrauchbar. Ich versuchte deshalb einen Apparat zu construiren, der leicht transportabel sei, an jedem Privatbett angebracht und ohne Belästigung des Kranken angewendet werden könne.

Wie aus der vorstehenden Zeichnung zu sehen ist, besteht der Apparat aus einem harthölzigen rectangulären Kasten. Derselbe wird in das Krankenbett so eingelegt, dass die offene Seite den Füssen des Patienten entspreche. Auf der nach oben gekehrten Fläche des Kastens werden zwei Holzstäbe B in die dazu bestimmten Schlitze eingesetzt. Zwei lange je aus 3 Stücken zusammengesetzte Stangen C werden unter dem oberen Leintuch so eingeschoben, dass sie unten auf die Stäbe B zu liegen kommen, oben auf das Kopfkissen zu beiden Seiten des Kopfes des Patienten. Leintuch, Wolldecke werden darüber gespannt, das Federbett auch darüber gelegt. Das Blechrohr D wird seitlich in das entsprechende Loch des Kastens fixirt und darunter die Lampe mit forcirter Spiritusflamme angezündet. Eine an das Rohr angebrachte Klappe lässt eine gewisse Regulirung der Temperatur zu.

Nach beendigtem Schwitzen werden die Stangen C ohne Abdecken des Patienten am Fussende des Bettes herausgezogen. Der Kasten wird ebenfalls entfernt, nachdem das Blechrohr etwas erkaltet ist.

Seit Jahren wende ich diesen Apparat an und kann nur sagen, dass er sich bewährte. [1])

Einige Worte noch über die Indicationen solcher heisser Luftbäder. Sie lassen sich mit grossem Vortheile anwenden:

1. Bei hydropischen Zuständen, und zwar hauptsächlich bei acuten und chronischen Nephritiden. Mehrmals sah ich dabei die Oedeme rasch abnehmen, auch urämische Erscheinungen nachlassen. In einzelnen Fällen liess sich nach jedem Schwitzen eine Abnahme der Eiweissausscheidung nachweisen, während bei anderen Fällen diese Wirkung ausblieb. — Viel vorsichtiger würde ich sein bei der Anwendung dieser Luftbäder bei Hydrops in Folge von Herzkrankheiten, bei Stauungshydrops. Jedenfalls darf bei solchen Fällen die Temperatur nicht zu hoch steigen, indem der Puls in gefährlicher Weise frequent werden kann. In solchen Fällen und überhaupt bei Schwerkranken würde ich lieber eine mässige Temperatur von 35° à 40° einwirken lassen, als die Luft auf 70° und darüber zu erwärmen.

2. Bei Pleuritiden, wo nach Aufhören des Fiebers und der Entzündungserscheinungen das Exsudat doch stationär bleibt. Mehrmals konnte ich durch häufiges Schwitzen bei trockener Diät eine rasche Abnahme des Exsudats bewirken in Fällen, wo Punction und Aspiration indicirt erschienen. — Bei verschiedenen Patienten sank das Körpergewicht nach jedem Schwitzen um 500 bis 800 gramm und darüber. Dass solche Wasserverluste mächtig auf Resorptionsvorgänge einwirken können, erscheint unzweifelhaft.

3. Bei verschiedenen Formen von subacutem oder chronischem Rheumatismus sowohl der Gelenke als der Muskeln. Gute Erfolge erzielte ich bei frischem Lum-

[1]) Ein genferischer Negociant, Herr Ch. Fulpius, Boulevard helvétique 30, Genève, fabricirt diesen Apparat unter dem Namen Phénix à air chaud und liefert ihn franco in der ganzen Schweiz zu Fr. 28. (Fr. 30 mit Maximalthermometer.)



bago. Die Schmerzen liessen dabei sehr rasch nach, wenn auch nicht vollständig. Gewöhnlich wurde noch die Anwendung der Faradisation nothwendig. Sicherlich hatte aber die Schwitzcur einen sehr günstigen Einfluss und verkürzte wesentlich die Dauer dieses oft so hartnäckigen Uebels.

4. Endlich lässt sich der Apparat sehr gut als einfacher Bettwärmer gebrauchen. Bei vielen Krankheiten ist es, besonders in der kalten Jahreszeit, wünschenswerth, den Patienten in ein gut erwärmtes Bett zu bringen. Bei Rheumatismus-Kranken, wo jede Kälteeinwirkung Schmerzen hervorrufen kann, bei Wöchnerinnen, gynæcologisch operirten Patientinnen, kurz in allen Zuständen, wo Erwärmung des Bettes erwünscht ist, leistet der Apparat bessere Dienste als jeder Bettwärmer wie Krüge, Wärmflaschen etc. etc.

Die Erwärmung geschieht sehr rasch mit sehr geringen Kosten, dabei wird das Bett in seiner ganzen Ausdehnung gewärmt und ausgetrocknet.

Auch von sonst gesunden aber anæmischen empfindlichen Personen wird dieser Apparat gerne angewendet. Zum Bettwärmen ist er schon in Hôtels mit Vortheil angewendet worden.

Schliesslich wurde von einigen Collegen noch eine kleine microscopische Bakterien-Ausstellung (Tuberkelbacillen, Gonorrhœcoccen und Milzbrandbacillen) besichtigt.

Chirurgische Klinik.[1]) Prof. *Socin* bespricht in Kürze die neuern Modificationen der antiseptischen Wundbehandlung, deren Theorie und leitender Gedanke immer noch nicht genug Gemeingut aller Aerzte geworden sei. Er legt das Hauptgewicht auf die Methodik, innerhalb welcher die Wahl des Antisepticums selbst nur eine Nebenrolle spielt. Die Pulververbände sind im Ganzen ein Fortschritt im Sinne der Vereinfachung der Methode.

Auf der Basler Klinik ist in letzter Zeit ein neues, pulverförmiges Antisepticum versucht und mit auffallendem Erfolge angewendet worden, nämlich das Zinkoxyd.[2]) — Ueber die Methode seiner Anwendung wird in diesem Blatt Genaueres referirt werden. Wir begnügen uns, hier hervorzuheben, dass das Zinkoxyd sich hauptsächlich durch seine absolute Gefahrlosigkeit, durch die Raschheit der Heilung der damit behandelten Wunden und durch die Schönheit der restirenden Narben vor andern Stoffen auszeichnet und empfiehlt. Ganz besonders eignet sich das neue Mittel zur Behandlung offen bleibender Wunden (z. B. im Mund), bei welchen es alle Vortheile des Jodoforms theilt, ohne seine schlimmen Nebenwirkungen zu besitzen. Zum Beweis des Vorgetragenen theilt Prof. *Socin* eine kurze Statistik der von ihm auf diese Weise behandelten Fälle mit: Es sind im Ganzen 3 Amputationen, 8 Resectionen, 18 Operationen an Tumoren, 6 Herniotomien mit Radicaloperation, 10 grössere Verletzungen, 12 Varia: Sequestrotomien, Neurectomien, Uranoplastik, Castration etc. Als Illustration werden verschiedene

---

[1]) Referat von Dr. *Rauch*, I. Assistenzarzt der Klinik.

[2]) In Nr. 25 der deutschen medic. Wochenschrift vom 20. Juni 1883 findet sich ein Artikel von Prof. *Petersen* in Kiel: „Ueber Zinkoxyd als Ersatz für Jodoform etc.“, in welchem auf Grund eigener Erfahrungen das Zinkoxyd als Wundverbandmittel ebenfalls empfohlen wird. Die Methodik der Anwendung unterscheidet sich jedoch wesentlich von der von uns befolgten. Ich behalte mir weitere Mittheilung vor. *Socin.*



dieser geheilten Fälle vorgestellt; so 2 Patientinnen mit Strumenoperationen (vor 10 resp. 12 Tagen), mehrere Kniegelenkresectionen mit theils äusserst feinen Narben, ein Patient mit Totalexstirpation der rechten Parotis. Besonderes Interesse erregten: eine vor 18 Tagen wegen Tumor albus ausgeführte Ellenbogenresection bei einer 48jährigen Frau. Die Resectionswunde war bis auf einen oberflächlichen minimalen Granulationspunkt völlig linear vernarbt. Ferner ein Fall von Carcinom des Bodens der Mundhöhle und seiner Umgebung mit ausgedehnter Resection der rechten Zungenhälfte, des rechten Unterkiefers, rechten Gaumenbogens und der Tonsille mit einem Theil des Pharynx. Die Hautwunde heilte in 8 Tagen, die grosse Wundfläche im Mund in 4 Wochen, ohne jemals übel zu riechen. Zum Schluss dieser Serie von Demonstrationen wird neben einer in 10 Tagen geheilten Radicaloperation einer Inguinalhernie der erste Verbandwechsel gezeigt bei einer Patientin, bei welcher vor 5 Tagen die Laparotomie und Radicaloperation gemacht worden war wegen einer en bloc reponirten incarcerirten Inguinalhernie. — Es kommen jetzt noch eine Reihe geheilter Handgelenksresectionen zur Demonstration, bei denen, mit Ausnahme einer einzigen, das Resultat in Beziehung auf die Function ein befriedigendes ist. Die Operationsmethode und die Wundbehandlung war in diesen Fällen die typisch *Lister*'sche. Zum Schluss wird noch eine gelungene Plastik der linken Hand vorgestellt, nothwendig gemacht durch ausgedehnte Verbrennung mit nachfolgender Flexionscontractur des Handgelenks und des Daumens. Durch Einheilen eines Stückes Haut aus dem Oberschenkel gelang es, die Hand wieder arbeitsfähig zu machen.

Referate und Kritiken.

Traité pratique des bains de mer

par le docteur *Mess*, médecin-inspecteur aux bains de mer de Schéveningue.
Deuxième édition, revue et rédigée dans un sens populaire.
Editeur: Librairie et Imprimerie de Schéveningue. pag. 146.

In diesem kleinen Buche gibt der bekannte Verfasser eine gedrängte, auch für den Laien verständliche Anleitung für den Gebrauch der Meerbäder im Allgemeinen und speciell für diejenigen an der schönen ausgedehnten Küste von Scheveningen. Dr. *Mess* ist seit bald 30 Jahren Arzt an diesem mit Recht berühmt gewordenen Badeorte, hat die Aufsicht, die Badepolizei und die Consultation für die Badebesucher ausschliesslich in Händen, und ist es daher begreiflich, dass er über ein grosses Beobachtungsmaterial verfügen kann.

Das vortrefflich geschriebene Buch, dem man auf jeder Seite die Sicherheit in der Darstellung auf Grund selbst gemachter Erfahrungen anfühlt, zerfällt in 3 Theile.

Im ersten Theile werden die physicalischen und chemischen Verhältnisse des Meerwassers und der Luft am Strande besprochen. Die physiologischen Wirkungen des kalten und lauen Meerbades, die Gefahren, welche der unvorsichtige Gebrauch des erstern hervorbringen kann, sind ausführlich geschildert und sieht man, dass der Verfasser in allen Beziehungen mit den Fortschritten der Wissenschaft Schritt gehalten hat. Im zweiten Theile sind die Indicationen im Allgemeinen besprochen, welche sich nach dem Alter, der Constitution und der Art und Weise des Badegebrauches sehr verschiedenartig gestalten. Der dritte Abschnitt handelt von den speciellen Indicationen für den Gebrauch der Meerbäder. In diesem Capitel kommt der reiche Erfahrungsschatz des Verfassers recht zur Geltung und jeder Arzt, welcher in den Fall kommt, Patienten in ein Seebad zu schicken, wird in dieser objectiv gehaltenen Abhandlung Anleitung und Belehrung finden und mit Befriedigung den Inhalt lesen. *Cloëtta.*



Zur Behandlung der Uteruscarcinome.

Von Dr. *Karl Pawlik.* Wiener Klinik, XII. Heft. December 1882.
Wien, Urban & Schwarzenberg.

Die Arbeit ist eine statistische Zusammenstellung der auf der Klinik von *Karl v. Braun* mittelst der galvanocaustischen Schlinge operirten Fälle von Uteruskrebs. In der Einleitung bespricht der Verfasser die verschiedenen Arten der Operation; er hält die galvanocaustische für besser als die mit dem Messer oder doch für gleich gut. Auf jeden Fall müsse man individualisiren und könne nicht die eine oder andere Methode als die einzig richtige hinstellen. Bei Anwendung der Schlinge eröffnet man allerdings, sobald es sich um supravaginale Amputation handelt, das hintere Laquear, was aber ungefährlich ist; Verletzung der Blase wird vermieden, indem man sie mit einer Sonde in die Höhe drängt. Die Totalexstirpation hält *P.* aus den bekannten Gründen meist für nicht indicirt, ohne sie jedoch immer zu verwerfen, und macht darauf aufmerksam, dass oft das Recidiv vom Beckenzellgewebe und nicht vom zurückgelassenen Corpus ausgehen. Unsere Kenntnisse reichen nicht aus, um zum Voraus bestimmen zu können, wie der Verlauf im einzelnen Falle sich gestalten wird; wir sind daher auch in der Wahl der Operation oft unsicher.

Von 136 Patientinnen, die mit der galvanocaustischen Schlinge operirt wurden, starben 10 während des Spitalaufenthalts, wovon 3 an Anæmie und 5 an Peritonitis kurz nach der Operation, 16 wurden ungeheilt entlassen, 31 starben zu Hause (16 sicher an Carcinom), 22 bekamen Recidive, 2 starben ohne Recidiv im Wochenbett, 33 blieben gesund, Heilungsdauer 1—19$^1/_2$ Jahre.

Um Blutungen zu vermeiden, muss man anfangs den Draht nicht zu fest anlegen, ihn nur rothglühend erhalten und langsam zuschnüren. Von den 39 Fällen, in denen der Douglas'sche Raum eröffnet wurde, starben 4, 2 an Anæmie, 2 an Peritonitis, ein Mal wurde das vordere und hintere Laquear eröffnet, die Kranke genas. 6 Mal traten starke Blutungen nach der Operation und 13 Mal zwischen 3. und 17. Tage auf, 3 Mal entstanden durch Ablösung des Schorfes Blasenscheidenfisteln, 2 Mal parametritische Exsudate und 1 Mal Beckenperitonitis.

Bemerkenswerth ist ein Fall von Trismus und Tetanus nach Amputation der hintern Lippe, der in Heilung überging. *Gænner.*

Ueber den Soorpilz.

Eine medicinisch-botanische Studie von Prof. Dr. *F. A. Kehrer.*
Verlag von Bergmann in Wiesbaden.

Der practische Arzt wird beim Lesen dieser Arbeit die alte Erfahrung bestätigt finden, dass die Prophylaxe gegen Soor der Mundschleimhaut beim Kinde in Reinlichkeit und namentlich in Reinhaltung des Mundes besteht und dass sie in dieser Form glänzende Resultate aufweist, während anderseits sämmtliche gegen Soormycose empfohlene Mittel von wechselndem Erfolge und zweifelhaftem Werthe sind.

Den Botaniker und Kliniker werden die zahlreichen Culturversuche und deren sehr einfache Technik interessiren. Leider sind hier die Resultate mehr negativer Art. Ueber die Verbreitung des Soorpilzes ausserhalb des menschlichen Körpers und über seine Stellung im botanischen System bringt die Arbeit nichts wesentlich Neues. Interessant ist die Thatsache, dass Epithel und Speichel für den Pilz ein sehr gutes Nährmaterial bilden und dass Soor auch in 1%iger wässeriger Lösung von Kal. chlor. und Borax noch prosperiren kann. Doch geht der Verf. offenbar zu weit, wenn er diesen beiden Salzen auf Grund letzterer Beobachtung jede Wirksamkeit gegen Soormycose abspricht; denn der Concentrationsgrad des Mittels und die Beeinflussung des Nährbodens sind zwei wichtige, von ihm hier nicht in Betracht gezogene Factoren. Die Untersuchung der Zimmerluft auf Soorpilzelemente ergab dem Verf. offenbar keine positiven verwendbaren Resultate. Betreffend die zur Entwicklung des Soors nothwendigen Verbindungen fand *K.*, dass dieser Pilz auch auf normaler, nicht catarrhalisch erkrankter Mundschleimhaut sich festsetzen kann und dass sein Wachsthum bei grösserem Säuregehalt (über 0,5% Milchsäure) aufgehoben wird; in zucker- und stärkemehlhaltigem Boden gedeiht der Soor namentlich gut. Die Abhandlung lässt noch viele Fragen offen, zu deren Erledigung das Experiment zu Hülfe genommen werden muss; so fehlen noch exacte Untersuchungen über die Fer-



mentwirkung und über die entzündungserregenden Eigenschaften des Soorpilzes, über die Beeinflussung der Keimfähigkeit der Soorconidien durch die gewöhnlich gegen diese Affection empfohlenen Mittel (der 3. Gruppe pag. 34), über Wachsthumsverhältnisse auf Serum, über Beeinflussung durch Temperatur etc. Dr. *Siebenmann.*

Davos.

Its local, physical and medical aspects. A practical handbook for physicians and patients. Edited by *W. H. Vormann*, London, Provost & Co., 1882.

Davos im Schnee.

Fliegende Blätter aus dem Curleben von *W. H. Vormann.*
Zürich, Verlag von Cæsar Schmidt, 1883. Preis Fr. 2. 40.

Das erstgenannte Werkchen besteht aus drei Abtheilungen: eine sorgfältige Schilderung der Reise nach Davos, des Ortes selbst und seiner Umgebung sowie der Lebensweise und financiellen Erfordernisse daselbst vom Herausgeber. Dann die Besprechung der meteorologischen Verhältnisse, insbesondere der Luftfeuchtigkeit von Davos durch W. Steffen, den frühern Beobachter auf der schweizerischen meteorologischen Station in Davos-Platz. Hier werden die climatischen Mehransprüche von St. Moritz und Andermatt gegenüber Davos geprüft und auf ihren wahren Werth reducirt, resp. annullirt. — Die Bedeutung von Davos als Wintercurort, seine Anzeigen und Gegenanzeigen, werden von Dr. *O. Peters*, Arzt in Davos, an der Hand von bereits veröffentlichten Arbeiten von Dr. *Al. Spengler* daselbst kurz und bündig besprochen. — Letztere beiden Arbeiten sind vom Herausgeber in's Englische übersetzt worden. — Das kurze und gute Werkchen dürfte in allen drei Beziehungen auch Nichtengländern eine willkommene Wegleitung bieten.

Der Herausgeber ist ein junger Mann, den eine Bronchitis aus seiner kaufmännischen Laufbahn brachte und zu unfreiwilligem Studium der Curorte veranlasste. Er verbrachte fünf Winter und zwei Sommer in Davos und hatte somit Anlass, das Terrain gründlich kennen zu lernen. Scharfe Beobachtung, treffliche Darstellungsgabe und köstlicher Humor culminiren nun im „Davos im Schnee“ auf's ergötzlichste.

Mit gutem Grunde besprechen wir übrigens dieses anscheinende Allotrion im ärztlichen Correspondenzblatt. Das Büchlein schildert das gesellige Leben der Davoser Curgäste und illustrirt dabei noch eine Seite der Indicationen und Contraindicationen, die bei den ärztlichen Verordnungen nicht immer berücksichtigt wird und doch für den Patienten sehr maassgebend ist, nämlich das Budget. Der Leser des Büchleins wird nach sehr genussreicher Lecture über diese beiden wichtigen Puncte völlig im Klaren sein.

R. M.

Cantonale Correspondenzen.

Zürich. Die Medicin und Hygieine auf der schweizerischen Landesausstellung in Zürich. Der allgemeine Eindruck, den der ärztliche Besucher der Ausstellung von den Gegenständen seines Faches gewinnt, lässt sich wohl dahin zusammenfassen, dass dieser Theil entsprechend dem kleinen Absatzgebiet und der keineswegs sehr ausgebildeten Bevorzugung der einschlägigen Industrie in der Schweiz nur einen sehr bescheidenen Zweig des Ganzen darstellt, in dem sich aber doch mancherlei Treffliches und Interessantes vorfindet.

Wenn schon das Hauptsächliche in der Gruppe 31, welche der Hygieine und dem Rettungswesen ausschliesslich gewidmet ist, sich zusammengestellt findet, so ist doch damit das Hiehergehörige keineswegs erschöpft und findet man in andern Gruppen noch mancherlei ebenso sehr der Beachtung würdige Gegenstände dieses Gebietes.

In theoretisch wissenschaftlicher Beziehung weisen wir zunächst auf die hübsche Ausstellung der Universität Genf (Unterrichtsabtheilung Gr. 30) hin, welche aus ihren anatomischen und physiologischen Instituten Sammlungen macroscopischer und microscopischer Präparate geliefert hat, die von den dortigen hervorragenden Leistungen Zeugniss ablegen.



Unter den Sammlungen chirurgischer Instrumente erwähnen wir diejenigen von Walter-Biondetti, Basel; Eichenberger, Basel; Griesbaber, Schaffhausen (letzterer in Gr. 23), in denen uns zwar tüchtig Gearbeitetes vorliegt, ohne dass wir jedoch hervorragende Neuigkeiten zu signalisiren hätten. Etwas zahlreicher sind die Bandagisten vertreten, neben Walter insbesondere Weber-Moos, Zürich und Dr. Schenk, Bern, mit zahlreichen Bandagen, orthopädischen Apparaten und trefflich gearbeiteten Prothesen. Ganz besonders hervorheben möchten wir die beiden Thoracographen von Walter und von Dr. Schenk, den erstern nach Analogie der bekannten Hutmaassmaschine gearbeitet, den letztern nach dem Princip des Pantographen. Letzterer besonders leistet unter Innehaltung gewisser Cautelen ganz Auszeichnetes in treuer Wiedergabe des Thoraxumfangs in beliebiger Höhe und wird für genaue Adaptirung von Scoliose- und Spondylitisbandagen bald als unentbehrliches Hülfsmittel dastehen.

Aus dem Gebiet der Zahnheilkunde und -technik begegnen uns Sammlungen künstlicher Gebisse, sodann reiche Collectionen von Zahnschliffen, sowie eine verbesserte und mit allem Zubehör versehene amerikanische Bohrmaschine.

Von den Ausstellungen der Pharmaceuten heben wir zunächst die schöne vollständige Collection der Mutterdroguen und der daraus hergestellten Präparate der Pharmacopœa helvetica von Buttin in Lausanne hervor. Im Weitern begegnen uns die Firmen Hausmann, St. Gallen; Huber, Basel; Sauter, Genf; Andreæ, Fleurier mit chemischen und pharmaceutischen Präparaten, comprimirten Medicamenten u. s. w.

Vermissten wir an dem bisher Aufgezählten den Charakter der specifisch nationalen und überhaupt der einer bedeutungsvollen Industrie, so tritt uns nun um so imposanter und geschlossener die balneologische Ausstellung entgegen. Es war ein glücklicher Gedanke, dieser Seite unserer nationalen Schätze auf der Ausstellung besondere Pflege angedeihen zu lassen, und wir haben denn auch alle Gelegenheit, sowohl die enorme Mannigfaltigkeit der Heilquellen und ihrer Producte, als die Fülle der Naturschönheiten, aus deren Mitte sie entstammen, wie sie sich auf so kleinem Raum nirgends auf der Erde darbieten, zu bewundern. Die wichtigen Mineralwässer und ihre Producte werden uns sämmtlich in natura vorgeführt, daneben finden wir eine reiche Collection von Photographien, Bildern aller Art und namentlich auch Reliefs der wichtigern Curorte und ihrer Umgebungen. Wir haben dabei nicht nur die in Gruppe 31 ausgestellten Gegenstände, sondern namentlich auch die Gruppe Hôtelwesen im Auge, da dieser gewiss auch hauptsächlich vom Standpunct der Hygieine und nicht blos von demjenigen der Fremdenindustrie Beachtung verdient. Von Einzelheiten erwähnen wir die Collectivausstellung bündnerischer Bäder, diejenige der Bäder von Lenk und Weissenburg, sowie besonders diejenige von Baden mit hübschen geschichtlichen Darstellungen. In der Gruppe Hôtelwesen sind die schönen Reliefs von Davos von Götzinger, sowie das Imfeld'sche des Cantons Graubünden hervorzuheben.

Zur Hygieine selbst übergehend, beschränken wir uns darauf, das, was uns beachtenswerth erschienen ist, kurz anzudeuten, indem wir es den Besuchern überlassen müssen, bei der grossen Mannigfaltigkeit der Gegenstände sich in Einzelnes genauer zu vertiefen. Auch hier sind wir übrigens nicht auf die Gruppe 31 beschränkt, sondern fanden mancherlei hieher Gehöriges auch noch an andern Orten.

So erwähnen wir beispielsweise für Ventilation und Heizung die Ausstellungen von Boller-Wolf, R. Breitinger, Giesker, Merker und Meining, Schnyder in Gruppe 19 c., von Sulzer in Gruppe 31.

Pläne für Wasserversorgung, Canalisation und Abfuhr finden wir in Abtheilung 20 ausgestellt vom Bauamt St. Gallen, Bauamt Luzern, Solothurn, ferner von Weinmann für Winterthur, in Gruppe 31 vom Bauamt Basel. Von der Bauverwaltung der Stadt Zürich sind die Anlage der Canalisation, die Tonnenabfuhr in natura ausgestellt.

Für Arbeiterwohnungen und Krankenanstalten finden wir Pläne und zum Theil Modelle in Gruppe 31 in den Ausstellungen von Dr. *Hürlimann* in Aegeri, *Jenny* in Ziegelbrücke, sodann der Cantonsspitäler St. Gallen, Appenzell, Thurgau und besonders des neuen Inselspitals Bern.

Die Hygieine der Nahrungsmittel betreffend, machen wir hauptsächlich aufmerksam auf die treffliche, übersichtliche Zusammenstellung der einzelnen Nahrungsstoffe und ihrer chemischen Zusammensetzung in der Abtheilung für Landwirthschaft und

gedenken nebenbei auch noch der sehr reichhaltigen Ausstellung aller möglichen Milchpräparate für Kinderernährung in Gruppe 25 c.

In der Unterrichtsabtheilung finden wir einige auf Schulhygieine bezügliche literarische Producte ausgestellt, vermissen aber eine übersichtliche Zusammenstellung schulhygieinischer Materialien, die doch bei der in der Schweiz auf diesem Gebiet keineswegs schlummernden Thätigkeit gewiss zu beschaffen gewesen wäre.

Zum Rettungswesen übergehend, erwähnen wir zunächst die interessante Zusammenstellung von Modellen für Schutzvorrichtungen bei Maschinen, ausgestellt vom schweizer. Fabrikinspectorat in der Maschinenhalle, die eine eingehendere Betrachtung verdienen. Von Transportmitteln für Verwundete und Kranke sind einige Krankenwagen vorhanden, die nichts wesentlich Neues bieten, sodann die Darstellungen der Sanitätsvereine für Transport Verwundeter von Hand, welche recht anschaulich wieder gegeben sind (Gr. 31). Daneben fehlt auch unser wohlbekanntes Kriegs-Sanitätsmaterial nicht und ebenso wenig eine Darstellung des Fussbekleidungswesens für die Armee. Ausserdem haben wir noch der Ausstellung einzelner Utensilien und Apparate für Krankenpflege, und Hygieine, wie Tische, Badevorrichtungen, Desinfectionsapparate etc. zu erwähnen.

Zum Schluss aber möchten wir einer eingehendern Betrachtung noch die kleine hygieinische Bibliothek, die mit grosser Mühe zusammengestellt ist, empfehlen und dem Aussteller dafür unsern besondern Dank sagen, dass er uns auf engstem Raume eine Uebersicht der schweizerischen hygieinischen Bestrebungen ermöglicht hat, die wir sonst wohl kaum in dieser Vollständigkeit uns erwerben könnten. *H. v. Wyss.*

Briefe von der deutschen Ausstellung für Hygieine und Rettungswesen.

Von Dr. *Gustav Custer* in Rheineck.

I.

Die im letzten Jahre durch Feuersgewalt in Asche gelegte Hygieineausstellung in Berlin ist Dank seltener Opferwilligkeit und Zähigkeit der betheiligten, direct und indirect interessirten Kreise als stolzer Phönix imposanter auferstanden und bietet dem Besucher ein höchst wohlthuendes Bild deutschen Fleisses und deutscher Gründlichkeit in Wissenschaft und Technik.

Man empfindet bei dem Durchwandern der weiten Ausstellungsräume und des Parkes eine intensive Hochachtung vor dem idealen, humanen und nützlichen Streben, das sich sowohl innerhalb der deutschen Ministerien und Stadtverwaltungen als auch in immer weiteren Kreisen des deutschen Volkes von dem Herrscher bis zu dem Handwerker kund gibt, die Forschungen und Forderungen der Hygieine, die ja gerade in Deutschland in hervorragendster Weise schon seit Decennien wissenschaftlich begründet und gefördert worden ist, zu würdigen, practisch zu verwerthen zum Wohle von Gesundheit und Leben der Gesammtheit.

Die Ausstellung zeugt auch von dem regsten Eifer der deutschen Architecten, Ingenieure und Erfinder, in der Anlage gesundheitsfördernder Werke sich andern Nationen, namentlich den practisch routinirten Engländern ebenbürtig hervorzuthun und in der angewandten Hygieine, z. B. auf dem Gebiete der Städtereinigung, der Heizungs- und Ventilationsanlagen, der Krankenpflege in Frieden und Krieg grossartige Werke zu schaffen.

Dem aufmerksameren Beobachter, der den Inhalt des grossen hygieinischen Museums, als welches die Ausstellung erscheint, auf den innern Werth prüft, der das Wesentliche von dem Unwesentlichen, oder gar von dem Ballaste sondert, ergibt die Beurtheilung der Leistungsfähigkeit der deutschen Wissenschaft und Technik auf dem Gebiete der Gesundheitspflege besonders dann sehr belehrende und anregende Gesichtspuncte; wenn er die Erfolge vergleicht mit demjenigen, was in andern Staaten in der Hygieine nach Theorie und Praxis bereits gewonnen ist, oder doch wenigstens allen Ernstes angestrebt wird. Wir werden am Schlusse unseres summarischen Berichtes diese Parallele mit besonderer Berücksichtigung der einschlägigen schweizerischen Verhältnisse zu ziehen und als practisches Resultat einige Gesichtspuncte zu gewinnen suchen, von denen ausgehend eine intensivere Förderung der Gesundheitslehre und Pflege, als dies bisher vielfach der Fall gewesen ist, in der Schweiz zu erhoffen wäre.



Die Ausstellung in Berlin ist am 12. Mai durch den deutschen Kronprinzen im Beisein von Ministern und Stadtmagistraten eröffnet worden. Vom 16.—19. Mai tagten in der Stadt die sehr zahlreich besuchten Versammlungen des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege und für Gesundheitstechnik, welche zusammen die Initiative zur Ausstellung ergriffen hatten. Die Verhandlungsgegenstände betrafen u. A. die practisch sehr wichtigen Themate über die hygieinische Beurtheilung der Beschaffenheit des Trink- und Nutzwassers und über Städtereinigung und der Verwendung der städtischen Unreinigkeiten. Referent über letztere besonders auch für Berlin wegen des grossen Canalisationswerkes der Stadt sehr brennende und schwerwiegendste Frage war *Virchow*, der für Einführung des Schwemmrieselsystemes in der deutschen Reichsmetropole überaus thätig gewesen ist. Der Vortrag des vielseitigen Gelehrten wurde mit um so grösserem Interesse entgegengenommen, als vor demselben Gelegenheit geboten war, unter kundiger Führung eine ziemlich ausgedehnte unterirdische Wanderung durch bereits fertig gestellte, aber noch nicht benützte Canäle der Stadt zu machen, sowie nachher eine Pumpstation für das mit sämmtlichen Abgängen des menschlichen Haushaltes, also auch mit den Fäcalien verunreinigte Canalwasser und ausgedehnte Rieselfelderanlagen in der Nähe Berlins zu besichtigen. Auf den letzteren wurde vor den Augen der Besucher die Berieselung mit der schwärzlichen Jauche inscenirt und wurden im Anschlusse daran die mittelst Drainage klar und trinkbar zu Tage tretenden Abwässer sogar einer Expertise durch den Gaumen unterworfen. Dem unbefangenen Beobachter machte die von manchen Seiten so verschrieene „Spüljauchewirthschaft" durchaus keinen abstossenden Eindruck und scheint bei den enragirten Gegnern der Schwemmcanalisation mit Berieselung viel Uebertreibung mitzuspielen.

Die von *Virchow* aufgestellten Thesen über Städtereinigung fanden theilweise sehr lebhafte Opposition, besonders diejenige über die Einführung von Abtrittstoffen in öffentliche Wasserläufe, welche nach seiner Ansicht unter allen Umständen bedenklich sei. Sie dürfe in Städten von 100,000 Einwohnern und darüber gar nicht, in solchen unter dieser Ziffer nur bei besonders günstigen Stromverhältnissen und auch dann nicht ohne besondere Vorrichtungen für Desinfection und Sedimentirung gestattet werden. Gegen diese namentlich mit Rücksicht auf den Bevölkerungsansatz etwas willkürliche These opponirte mit Feuer ein Schüler *Pettenkofer*'s, Dr. *Emmerich* in München, der das fliessende Wasser im Gegentheil für ein überaus wirksames, ja das beste Desinfections- und Reinigungsmittel gegenüber allen möglichen Unrathstoffen hält und sich categorisch gegen das Verbot des Einlassens von Fäcalstoffen in die öffentlichen Flussläufe auch für grössere Städte, wie z. B. München, aussprach. Das Stromwasser besorge nach seinen Untersuchungen ganz für sich allein in ausgezeichneter Weise die nothwendige Zerstörung der Microbien und deren Keime. Er erklärte sich bei dieser Gelegenheit auch gegen die Desinfection der Stühle ansteckender Kranker, indem er behauptete: „Viele Tausende von Mark sind durch die Behörden und Verwaltungen deutscher Städte zur Zeit von Typhus- und Choleraepidemien für die Desinficirung der Excremente nutzlos vergeudet worden. Die Cholerastatistik hat bewiesen, dass die Excrementendesinfection nirgends etwas genützt hat und die experimentelle Forschung zeigte uns, dass und weshalb die Desinfection nichts nützen konnte." Nach dem wird man daher in der Einführung von Abtrittsstoffen in öffentliche Wasserläufe irgend eine Gefahr nicht zu erblicken haben. Ob wohl die Commissionen gegen Flussverunreinigung mit diesem selbstbewussten und apodictischen Urtheile sich werden befreunden und zufrieden geben können?

Wie sehr überhaupt in Deutschland die ganze Frage hinsichtlich der besten, unschädlichsten und billigsten Methode der Beseitigung der Abfälle, zumal der Fäcalien aus den menschlichen Wohnungen in den Stühlen gerade gegenwärtig eine der streitigsten in der öffentlichen Gesundheitspflege ist, beweisen auf der einen Seite die zahlreichen Anhänger, eifrigen Verfechter und practischen Erfolge des Canalisationssystems durch Einführung in zahlreichen Städten Deutschlands (ausser Berlin in Nürnberg, Stettin, Breslau, Düsseldorf, Dresden, Frankfurt a. M.), während auf der andern Seite wiederum die „Schwemmrieselfanatiker" mit ätzender Kritik begossen werden. *Reclam* in seiner Zeitschrift „Gesundheit" wirft dem Schwemmsystem ausser Kostspieligkeit geradezu Gesundheitsschädlichkeit vor, weil die Canäle Krankheitskeime verbreiteten, während *Pettenkofer* es als eine feststehende Thatsache ansieht, dass jede Stadt, die eine solide, gut

spülte Canalanlage mit Hausdrainage durchführte, an Gesundheit gewonnen hat und dass namentlich die Todesfälle an gewissen, mit dem Boden irgendwie zusammenhängenden Krankheiten abgenommen haben (zumal der Typhus abdom.).

Im Anschlusse an die Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege wurden zahlreiche, hygieinisch beachtenswerthe Objecte in Berlin besichtigt, von welchen besonders die Einrichtungen des durch seine Arbeiten und Entdeckungen so hervorragenden kaiserlichen Gesundheitsamtes allgemeinstes Interesse boten. Da dasselbe durch einen besonderen inhaltsreichen Pavillon in der Ausstellung vertreten ist, der auf Aerzte und Hygieiniker als eigentlicher Magnet wirkt, soll später einlässlicher darüber berichtet werden. Als Jubelschrift erhielt jeder Theilnehmer der Versammlungen einen höchst interessanten, von Dr. *Paul Börner* verfassten hygieinischen Führer durch Berlin, der in beredter Weise von den gewaltigen Opfern Spreeathens im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege handelt und die hygieinische Statistik, die Sanitätsverwaltung, die Mittel zur Reinhaltung von Boden, Luft und Wasser, die Volksernährung, die Schuleinrichtungen, das Armen-, Kranken- und Gefangenenwesen etc. einlässlich bespricht. Zur Erholung von dem ernsten und anstrengenden Theile der Vereinsverhandlungen wurde unter sehr unliebsamer Aufmerksamkeit von Seiten himmlischer Berieselungsmächte eine sonntägliche Excursion in die reizenden Umgebungen von Berlin, nach Potsdam und in die wahrhaft königlichen Anlagen des Philosophen von Sans-Souci unternommen.

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Rücktritt von Dr. Friedrich Müller als Präsident des leitenden Ausschusses für Medicinalprüfungen.** In unserer letzten Nummer haben wir erklärt, dass wir auf den, mit der Demission des Präsidenten endigenden, Conflict des leitenden Ausschusses mit dem eidg. Departement des Innern zurückkommen werden, indem die einseitige Erörterung desselben in den politischen Blättern uns nicht in der Lage schien, Licht in diese peinliche Angelegenheit zu bringen. Die principielle Wichtigkeit des vorliegenden Falles verlangt nach unserem Dafürhalten aber eine actengemässe Darlegung des betreffenden Materiales, da ja wir Aerzte in erster Linie ein Interesse daran haben, den Standpunct des leitenden Ausschusses in Sachen Prüfung des Ausweises der Maturität zu kennen, um uns ein Urtheil bilden zu können, inwiefern diese, lebhaftes Aufsehen erregende, Demission des Präsidenten auch uns motivirt erscheint.

Wir ersuchten daher Herrn Dr. *Friedr. Müller* um eine Klarlegung des Standpunctes des leitenden Ausschusses in dieser Sache; eine vorübergehende Erkrankung desselben verzögerte etwas die Anfertigung dieses Berichtes, so dass der letztere gesondert in den nächsten Tagen versandt werden wird.

Schweizerische naturforschende Gesellschaft. Preisfragen auf den 1. Juni 1884.

I. Da die im letzten Jahre zum dritten Male ausgeschriebene Preisfrage unbeantwortet geblieben ist, für die Kenntniss der Naturverhältnisse der Schweiz aber eine hervorragende Wichtigkeit hat, wird sie, ohne Aenderung der Preissumme von Fr. 1200, zum vierten Mal ausgeschrieben:

„Die Gesellschaft verlangt eine Climatologie der Schweiz, das heisst eine möglichst gründliche und umfassende wissenschaftliche Bearbeitung der vorliegenden meteorologischen Beobachtungen."

II. Die schon letztes Jahr auf den nämlichen Zeitpunct ausgeschriebene Frage wird unverändert wiederholt:

„Die Gesellschaft verlangt eine wissenschaftliche, möglichst vollständige Zusammenstellung unserer Kenntnisse über die Tiefenfauna der Schweizerseen, unter Berücksichtigung einerseits der verschiedenen Thierclassen, anderseits der verschiedenen Seen der Schweiz."

Die Preissumme ist Fr. 400.

Die Arbeiten sind auf die bei ausgeschriebenen Preisfragen übliche Weise ohne Nennung des Verfassers mit einem Motto zu versehen, unter Beilegung eines eben dasselbe Motto auf der Aussenseite tragenden versiegelten Zeddels, in welchem der Name



des Verfassers enthalten ist, und dem Präsidenten der Commission einzusenden (Prof. *Alb. Mousson* in Zürich).

Die prämirten Arbeiten bleiben Eigenthum des Verfassers.

Die Bewerber müssen Schweizer sein (Testamentsauszug der Schläflistiftung).

Universitäten. Frequenz der **medicinischen** Facultäten im Sommersemester 1883.

	Aus dem Canton		Aus andern Cantonen		Ausländer		Summa		Total
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	
Basel	**20**	—	**67**	—	**13**	—	**100**	—	**100** [1]
Winter 1882/83	16	—	71	—	11	—	98	—	98 [2]
Sommer 1882	14	—	68	—	6	—	88	—	88 [3]
Winter 1881/82	12	—	81	—	7	—	100	—	100 [4]
Bern	**46**	—	**61**	—	**14**	**26**	**121**	**26**	**147** [5]
Winter 1882/83	48	—	68	—	22	26	138	26	164 [6]
Sommer 1882	48	—	61	—	21	27	130	27	157 [7]
Winter 1881/82	38	—	64	—	19	29	121	29	150 [8]
Genf	**16**	—	**50**	—	**23**	**4**	**89**	**4**	**93** [9]
Winter 1882/83	9	—	41	—	25	8	93	8	101 [10]
Sommer 1882	14	—	42	—	23	6	73	6	79 [11]
Winter 1881/82	10	—	56	—	26	6	82	6	88 [12]
Zürich	**40**	**1**	**80**	**3**	**54**	**23**	**174**	**27**	**201** [13]
Winter 1882/83	39	—	83	—	41	17	163	17	180
Sommer 1882	43	—	89	1	39	11	171	12	183
Winter 1881/82	46	—	85	1	38	10	169	11	180

						Davon Schweizer	
			M.	W.	Total.	M.	W.
Summa der Studios. medic. in der Schweiz	im Sommer-Semester	1883	484	57	541	380	4
	„ Winter- „	1882/83	492	51	543	393	—
	„ Sommer- „	1882	462	45	507	373	1
	„ Winter- „	1881/82	472	46	518	382	1

Basel. Dem Berichte der **Commission für das Kranken-Mobilien-Magazin**, erstattet durch den Präsidenten Dr. *Ronus* an die gemeinnützige Gesellschaft, entnehmen wir, dass das Institut fortwährend gut functionirt.

„Das im letzten Jahre bereits in Aussicht genommene Anmeldebureau für Krankenwärter und Krankenwärterinnen ist jetzt in's Leben getreten, und wir glauben, den bisherigen Erfahrungen nach, einem dringenden Bedürfniss abgeholfen zu haben, behalten uns jedoch vor, weitere Mittheilungen über den Gang und die Ergebnisse im nächsten Jahre zu machen."

Ausgaben Fr. 1109. 95; ausgeliehen 1882 12 Badthermometer, 9 Bettbogen, 5 Bettheber, 8 Clysopompes, 6 Klystierspritzen, 4 Doppelklystiere, 449 Eisblasen, 205 Fieberthermometer, 100 Inhalationsapparate, 100 Irrigateurs, 55 Luftkissen, 20 Nasendouchen, 9 Sitzbadkasten, 7 Wasserkissen etc. etc. Total 1017.

Geschenke für das Kranken-Mobilien-Magazin 1882: 1 Clysopompe, 3 Schutzbrillen, 1 Streckbett, 1 Paar Krücken.

Wir bitten die homogenen Anstalten der Schweiz, uns ebenfalls über ihre Thätigkeit zu berichten.

Bern. Epidemiengesetz. Der Nationalrath hat die von Dr. *Brugisser* gestellte Motion, das Seuchengesetz ohne Impfzwang sofort wieder in Berathung zu ziehen, auf Antrag des Bundesrathes, der die Zeit für ungünstig hielt, abgelehnt.

Brugisser hatte die Motion selbst zurückgezogen, worauf dieselbe sofort von anderer Seite wieder war aufgenommen worden.

---

[1]) Dazu ausserdem noch 4 Auscultanten. [2]) Plus 3 Auscultanten. [3]) Plus 8 Auscultanten. [4]) Plus 17 Auscult. [5]) Plus 5 Auscult. [6]) Plus 2 Auscult. [7]) Plus 1 Auscult. [8]) Plus 5 Auscult. [9]) Plus 20 Auscult., worunter 2 Frauen. [10]) Plus 39 Auscult., worunter 2 Frauen. [11]) Plus 29 Auscult., wovon 4 Frauen. [12]) Plus 18 Auscult., wovon 3 Frauen. [13]) Dazu Auscult. ?



Genf. IV Congrès international d'hygiène. Der erste Band der Verhandlungen des Congresses ist soeben unter der Redaction von Prof. *P. L. Dunant* (bei Georg, Verleger in Genf) erschienen. — Der stattliche Band (557 S.) legt beredtes Zeugniss ab von der Reichhaltigkeit der Vorträge und Verhandlungen, aber auch von dem Fleiss der Secretäre und speciell des Herausgebers. So viel wir wissen, sind die Verhandlungen des 2 Jahre vorher in Turin tagenden III Congrès international d'hygiène zur Stunde noch nicht erschienen; jeder Einsichtige muss daher der Promptheit der vorliegenden Publication alle Hochachtung zollen.

Nicht nur für den Theilnehmer des Congresses, sondern für Jeden, der sich für die wichtigen Tagesfragen der Hygieine interessirt, bildet dieses Buch eine reiche Fundgrube von Belehrung und Anregung, und haben wir deutsche Schweizer allen Grund, den Genfer Collegen für das Gelingen ihres Congresses und für diesen werthvollen Beitrag zur Geschichte der hygieinischen Bestrebungen der Gegenwart unsern besten Dank auszusprechen.

Neuchâtel. Gesellschaft gegen die Reglementirung der Prostitution. In der Eröffnungsrede der Sitzung vom 17. September 1882 wendet sich Dr. *Ladame* vornehmlich gegen die Schlussfolgerungen einer statistischen Arbeit des Dr. *Mauriac* am Hôpital du Midi in Paris; dieser letztere fand eine bedeutende Zunahme der venerischen Krankheiten in Paris in den Jahren 1876—1880. Er erklärt dies aus einer gleichzeitigen Abnahme der polizeilich controlirten Dirnen und aus einer mangelhafteren Ueberwachung der Prostitution überhaupt. *Ladame* zeigt die Unrichtigkeit dieser Schlüsse; er weist nach, wie sich bei Gelegenheit der Weltausstellung die Prostitution ganz enorm vermehrt hat; dazu findet ihre Reglementirung beim Publicum immer weniger Glauben, weil gerade die polizeilich registrirten Dirnen eine viel grössere Ansteckungsgefahr zu bieten scheinen als die übrigen Freudenmädchen. (Etwa der vierte Theil der erkrankten Männer wurde von eingeschriebenen Frauen angesteckt, während diese letztern doch kaum den zehnten Theil der Gesammtzahl der Prostituirten in Paris ausmachen.) Indem die Reglementirung der Prostitution, sagt *Ladame*, nicht nur die venerischen Krankheiten nicht vermindert, sondern sie geradezu vermehrt und eine trügerische Sicherheit verleiht, ist sie ein non-sens. Die Einschränkung der Syphilis muss auf ganz anderem Wege unternommen werden. —

Der ruhige, sachgemässe Ton des Vortrags wird einen weit grösseren Erfolg haben, als die sentimentalen Exclamationen von gewissen andern Theilnehmern jenes Congresses.

A. E. B.

Ausland.

Paris. Nachweis von Harnsäure im Speichel. Unter dem Titel: „Sur le diagnostic de l'uricémie par la recherche de l'acide urique dans la salive" hat vor Kurzem Dr. *Boucheron* in Paris eine interessante Arbeit veröffentlicht, in der er nachweist, dass nicht nur gewisse schwere Allgemeinstörungen, sondern auch eine grosse Zahl mehr localer Krankheiten (des Magens, des Cavum naso-pharyngeum, der Augen und Ohren, des Uterus etc.) auf einer Anhäufung von Harnsäure im Blut beruhen. Der Nachweis der Harnsäure in den Secreten der afficirten Organe gelingt regelmässig, ist jedoch schwierig. Der Verfasser fand nun, dass in allen diesen Zuständen sich Harnsäure auch im Speichel findet, woselbst sie leicht mit der Murexidprobe (Eindampfen des Speichels mit Salpetersäure und Zusatz von Ammoniak) nachgewiesen werden kann. Die Therapie der betreffenden Krankheiten würde hiedurch zu einer rationellen. *A. E. B.*

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. Juni 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Masern 1 Anzeige aus Grossbasel. — Rötheln 6 Anzeigen zerstreut aus der Stadt. — Scharlach 19 Erkrankungen (15, 7, 15), wovon 11 in Kleinbasel. — Diphtherie 7 Erkrankungen (5 10, 8), wovon 3 in Kleinbasel. — Typhus 4 Fälle (5, 6, 12), wovon 1 von auswärts importirt. — Erysipelas 6 Fälle (10, 4, 9), wovon 4 in Kleinbasel. — Pertussis 14 Anzeigen (15, 14, 23), wovon 9 aus Kleinbasel. — Icterus 1 Anzeige (7).

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



H. Dr Rud. Merian

Beilage zum Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte Nr. 13, 1883.

Der Recursfall Karrer.

Eine Erklärung zu Handen der schweizerischen Collegen

von

F. Müller,

früherem Präsidenten des Leit. Ausschusses für die eidg. Medicinalprüfungen.

In ihrer Nummer vom 16. Juni (Samstag) brachte die „Allg. Schweizerzeitung“ einen politischen Leitartikel unter der Aufschrift „Eine bevorzugte Volksklasse,“ welcher, an meine im vergangenen Monat erfolgte Demission anknüpfend, dem Vorsteher des eidg. Dep. des Innern ungesetzliches Handeln gegenüber dem Leit. Ausschuss und politischen Nepotismus vorwarf. Ich beeilte mich, an demselben Tage der Redaction eine Berichtigung zuzustellen, indem ich den erstern Vorwurf für unrichtig erklärte und für den letztern der Redaction die alleinige Verantwortung überliess (v. „Allg. Schw.-Z.“ v. 19. Juni).

Ich brauche meinen Herren Collegen gegenüber kaum die besondere Versicherung auszusprechen, dass jener Artikel vollständig ohne mein Wissen und Zuthun erschienen ist. Politischen Händeln bin ich von jeher ferne gestanden und habe überhaupt nie begreifen können, wie ein anständiger Mensch, soweit ihn nicht Amt und Pflicht dazu zwingen, aus freien Stücken sich mit Politik abgeben kann. Die Acten über den betreffenden Conflict hat ausser mir und den Mitgliedern des Leit. Ausschusses noch Niemand zu Gesicht bekommen und würde auch fernerhin Niemand zu Gesicht bekommen haben. Wenn ich mich nun veranlasst sehe, einen Auszug aus denselben einem weitern Kreise von Collegen vorzulegen, so nöthigt mich dazu die „Entgegnung“ des Vorstehers des eidg. Dep. des Innern in Nummer 167 des „Bundes“ (v. 19. Juni). Wer, ohne den Verlauf der ganzen Angelegenheit genauer zu kennen, jene Darstellung liest, kann leicht auf den Gedanken kommen, es sei die Verfügung des Leit. Ausschusses gegenüber dem aarg. Pharmaceuten K. aus reiner Chicane, und die Demission aus übergrosser Empfindlichkeit entsprossen. Es kann mir nun vollständig gleichgültig sein, was hierüber die weitern Kreise politischer Leser denken; nicht gleichgültig aber ist mir das Urtheil meiner schweizerischen



Collegen, die mich seit dem Antritt meines Amtes im Jahre 1871 mit ihrem Vertrauen beehrt haben. Ihnen allein glaube ich demnach eine Rechtfertigung schuldig zu sein.

Ich habe an der Darstellung des Thatsächlichen, wie sie in der erwähnten Entgegnung des Departementsvorstehers gegeben wird, nichts auszusetzen; es ist mir nie eingefallen dem eidg. Departement das formelle Recht abzusprechen, Recurse gegen Beschlüsse des Leit. Ausschusses zu Ungunsten des letztern zu entscheiden. Um so mehr jedoch liegt mir daran, unter Wahrung des Standpunktes des Leit. Ausschusses, den motivirten Entscheid des Departements als einen nichtmotivirten, daher überflüssigen und in seinen Consequenzen schädlichen, weil zu Rückschritten führenden Eingriff in die ruhige Fortentwicklung des eidg. Prüfungswesens zu kennzeichnen. — Dies soll der Zweck der folgenden Zeilen sein. Ich gebe zunächst eine Darlegung des ganzen Herganges nach den Acten, um sodann einige Bemerkungen anzufügen.

Im December 1879 wendete sich Herr Landammann K. in A. an das Präsidium des Leit. Ausschusses mit folgendem Schreiben:

„Aarau, 22. December 1879.

Herrn Dr. Ziegler in Bern.

Von befreundeter Seite bin ich darauf aufmerksam gemacht worden, dass mein ältester Sohn, gegenwärtig Schüler der II. Klasse der Gewerbeschule dahier, von keinem Apotheker in die Lehre genommen werden dürfe, bevor er die Vorbedingungen für den Eintritt erfüllt, d. h. eine Prüfung über seine wissenschaftliche Befähigung abgelegt haben würde.

Ich beehre mich nun, Sie um gefällige Mittheilung zu bitten, welches die Fächer seien, in denen eine Prüfung stattzufinden hat, und wie hoch diesfalls die Anforderungen gestellt werden.

L. Karrer, Landammann."

Die verlangte Auskunft wurde ertheilt. Der angehende Pharmaceut meldete sich jedoch nicht zur Maturitätsprüfung.

Drei Jahre später, am 10. März 1883, zeigte Herr R.-R. K. dem Präsidenten des Leit. Ausschusses an, dass sein Sohn sich zur nächsten propädeutischen Prüfung zu melden beabsichtige. Er habe die zwei ersten Klassen der aargauischen Gewerbeschule mitgemacht, durch das Rectorat sich noch im Latein prüfen lassen und sei im April 1880 in die Lehre getreten. Er stelle nun das Gesuch, dass sein Sohn nicht noch eine Maturitätsprüfung bestehen müsse, wofür spreche, dass 1) die erst nach dem Juni 1880 in Kraft getretene eidg. Verordnung keine rückwirkende Kraft haben könne, 2) die II. Klasse der aargauischen

Gewerbeschule nach Vollendung des Jahrescurses den Anforderungen der eidg. Maturitätsprüfungsprogramme für Pharmaceuten voll und ganz exclusive Latein entspreche. Er ersuche um Entscheidung dieser Maturitätsvorfrage.

Ich antwortete Herrn K., ich werde diese Angelegenheit in der in den nächsten Tagen stattfindenden Sitzung vorbringen und meinerseits jedenfalls den Antrag auf Abweisung stellen, weil:

1) das Reglement vom Juni 1880 vom 1. Januar 1883*) an als in allen seinen Bestimmungen vollgültig erklärt worden sei;
2) nicht das Maturitätsprogramm, sondern in erster Linie Art. 53 des Prüfungsreglements gelte, welcher die ganze Realschule vorschreibe;
3) auch das früher, zur Zeit des Schulaustritts des K. geltende Reglement ganz dieselbe Forderung gestellt habe.

Herr R.-R. K. replicirte nochmals, sich auf ein Kreisschreiben der aargauischen Polizeidirection vom 28. October 1881 betreffend Aufnahme von Lehrlingen in die Apotheken berufend, dass keine Verordnungen rückwirkend gemacht werden dürfen.

In der Sitzung des Leit. Ausschusses vom 15. März gelangte sodann die Angelegenheit K. zur Berathung. Fünf Stimmen (worunter auch die des Herrn Prof. Vogt, auf welchen sich das Departement in seinen Motiven beruft, vide später) waren für Abweisung, eine Stimme (Meyer) für Entsprechen, letzteres im Sinne eines Gnadenactes und mit Anerkennung der Richtigkeit der Majoritätsmotive.

Gegen diesen Entscheid des Leit. Ausschusses ergriff Herr K. den Recurs an das eidg. Dep. des Innern, welches mich am 27. März um eine Darlegung des Standpunktes des Leit. Ausschusses ersuchte.

Der von mir per 28. März erstattete Bericht an das Departement lautete folgendermaassen: (Einleitung des Berichts betr. das Votum des Herrn Meyer weggelassen.)

„Basel, 28. März 1883.

. . . .

Die versuchte Beweisführung des Herrn K. ist nun eine durchaus unrichtige: Es handelt sich keineswegs um ein Rückgreifendmachen irgend einer Verordnung, sondern der Fall wurde beurtheilt nach den damals, d. h. beim Eintritt K. in die Lehre, bestehenden Vorschriften. — Aargau war zur Zeit des Lehrantritts K. schon seit vielen Jahren im Concordat. In der Uebergangszeit von der Auflösung des Concordats bis zum Inkrafttreten der neuen eidg. Prüfungsordnung galten für die deutschschweizerischen Kantone bezüglich der Zulassung zu den Prüfungen genau die Bestimmungen des Concordats. (Vide Beschluss

*) eigentlich schon ein Jahr zuvor, einige wenige Bestimmungen abgerechnet.



des Bundesrathes vom 5. April 1878 im Anhang zum Bundesgesetz vom December 1877.*)

Aargau ist vor 1873 dem Concordat beigetreten, folglich wusste R.-R. K., als er seinen Sohn zwei Jahre zu früh aus der Schule nahm, ganz gut, was er that und was dieser Schritt für Folgen haben werde. — §. 28 des Concordats verlangte ganz wie Art. 53 unsers jetzigen Reglements die ganze Realschule, denn die chemisch-technische Abtheilung des eidg. Polytechnicums wird wohl keine Schüler aus der drittobersten Klasse der aargauischen Gewerbeschule prüfungslos aufgenommen haben.

Es ist nicht Sache des Leit. Ausschusses, zu untersuchen, ob die schon aus der II. Klasse der aargauischen Gewerbeschule mitgebrachten Kenntnisse dem jetzigen Maturitätsprogramm entsprechen. Dieses kommt bei der Beurtheilung der Admission gar nicht in Betracht. Für die Admissionsertheilung haben sich die Ortspräsidenten lediglich an Art. 53 des jetzigen (eventuell §. 28 des Concordats-) Reglements zu halten. Das Maturitätsprogramm gilt nur als Leitfaden zur Prüfung derjenigen, welche die in den genannten Artikeln und Paragraphen vorgeschriebene Schulstufe nicht erreicht haben. Vollends gar keinen Sinn hat die Berufung des Herrn Petenten auf einen Polizeierlass des Kantons Aargau betreffend Warnung der Apotheker, keine maturitätslosen Lehrlinge einzustellen.

Sogar wenn aber zur Zeit des Lehrantritts K. die Admissionsbedingungen andere, leichtere, gewesen wären als die jetzigen (was also nicht der Fall ist) selbst in diesem Fall, sagen wir, müsste der Leit. Ausschuss den Beschluss vom 15. März a. c. aufrechterhalten, da mit dem Jahr 1882 das neue Reglement in allen Theilen ausnahmslos in Kraft getreten ist (Beschluss des Leit. Ausschusses, genehmigt v. eidg. Dep. des Innern). Falls daher (was aber durchaus nicht der Fall ist) die früheren Zulassbedingungen andere gewesen wären, so hätte K. innert der Jahre 1880 und 1881 volle Zeit gehabt, sich an den Leit. Ausschuss zu wenden, der dann sicherlich auch ein Einsehen gehabt hätte.

Wir beantragen daher, es sei die Petition des Herrn R.-R. K. für seinen Sohn abzuweisen und der letztere vorerst zum Bestehen der reglementarischen Maturitätsprüfung für Pharmaceuten zu verhalten, bevor ihm die Admission zur pharmaceutisch-propädeutischen Prüfung ertheilt wird. Indem wir um Mittheilung des Entscheids bitten . . . .“

Hierauf erfolgte per 7. April der Entscheid des Departements, den ich hier in seinem ganzen Umfang wiedergebe:

*) und Einleitung zu den interimistischen Prüfungsbestimmungen für die Prüfungsorte Basel, Bern und Zürich. Eidg. Dep. des Innern. 10. Brachm. 1878.



„Bern, den 7. April 1883.

Das Departement des Innern der schweiz. Eidgenossenschaft
hat

in Sachen des Recurses des Herrn L. Karrer, Regierungsrath in Aarau, Namens seines Sohnes Otto, gegen den leitenden Ausschuss für die eidg. Medicinalprüfungen, betr. Zulassung zur pharmaceutisch-propädeutischen Prüfung,

nach Einsicht der Acten, woraus sich Folgendes ergeben hat:

1) Der Sohn des Recurrenten trat im Monat April 1880 bei einem Apotheker in die Lehre, nachdem er zuvor die zwei ersten Klassen der aargauischen Gewerbeschule absolvirt und über die nöthigen Kenntnisse in der lateinischen Sprache sich ausgewiesen hatte.*) Nach Absolvirung einer dreijährigen Lehrzeit meldete er sich zur pharmaceutisch-propädeutischen Prüfung, resp. zur Gehülfenprüfung.

2) Der leitende Ausschuss für die eidg. Medicinalprüfungen verweigerte die Zulassung zu dieser Prüfung und verlangte, dass der Candidat, der weder ein Abgangszeugniss der zweitobersten Klasse eines Ober-Gymnasiums, noch ein Abgangszeugniss der obersten Klasse einer höhern Realschule besitzt, vorerst noch die für Candidaten der Pharmacie vorgesehene Maturitätsprüfung abzulegen habe (Art. 53 der Verordnung vom 2. Juli 1880).

3) Der Recurrent verlangt nun Aufhebung dieses Entscheids des leitenden Ausschusses, sich darauf berufend, dass die neue Verordnung für die eidg. Medicinalprüfungen erst mit dem Jahre 1881 und das neue Maturitätsprogramm für Pharmaceuten erst unterm 4. November 1881 erlassen worden seien, also zu einer Zeit, als sein Sohn die zu seinem Fachstudium nöthige Vorbildung bereits abgeschlossen gehabt habe. Jene Bestimmungen haben keine rückwirkende Kraft, und der Lehrplan der aargauischen Gewerbeschule beweise zudem, dass die in der zweiten Klasse derselben erworbenen Kenntnisse, über deren Besitz sich der Candidat ausgewiesen hat, völlig dem eidg. Maturitätsprogramm für Pharmaceuten entsprechen.

4) In seiner Vernehmlassung auf die Recursbeschwerde, deren Abweisung er beantragt, macht der leitende Ausschuss darauf aufmerksam, dass der Kanton Aargau zur Zeit des Lehrantritts des Sohnes des Recurrenten schon seit Jahren dem schweiz. Medicinalconcordat angehört habe, dessen Bestimmungen in Art. 28 betr. die nöthigen Ausweise zur Gehülfenprüfung genau dem jetzt geltenden in Art. 53 der Verordnung von 1880 aufgestellten Anforderungen entsprechen, welch' letztere mit dem Jahr 1882 ausnahmslos in Kraft getreten seien.

*) resp. gegenüber dem Herrn Rector der Kantonsschule. — F. M.



In Erwägung:

1) Schon vor Erlass der Prüfungsverordnung vom Jahre 1880 waren die Lehrpläne einzelner Literar- und Realgymnasien und ihre Stellung zu den Maturitätsprogrammen für das eidg. Medicinalpersonal Gegenstand von Verhandlungen zwischen den betr. Kantonsregierungen und dem eidg. Departement des Innern. Hiebei wurde auch darauf aufmerksam gemacht, dass den Anforderungen des eidg. Maturitätsprogramms für Pharmaceuten vollständig die zweite Klasse der aargauischen Gewerbeschule (ohne Latein) entspreche. Diese Annahme wurde sodann durchaus bestätigt durch denjenigen Bericht (pag. 34), welchen Herr Prof. K. Vogt, Vicepräsident des leitenden Ausschusses, über das Verhältniss der schweiz. Schulanstalten zu den Programmen für die eidg. Maturitätsprüfungen unterm 10. Februar 1881 an das eidg. Departement des Innern erstattete.

2) Der genannte Bericht ist den Kantonsregierungen und den höhern kantonalen Lehranstalten officiell zugestellt worden und es konnten und durften aus demselben wohl diejenigen Schlüsse gezogen werden, welche der Recurrent für die ganze Dauer der bisherigen pharmaceutischen Vorstudien seines Sohnes practisch gezogen hat, während eine Aenderung des Lehrganges oder eine sofortige Verständigung mit dem leitenden Ausschuss nur dann hätte angezeigt sein mögen, wenn jener Bericht anders gelautet hätte.

3) In der That fällt die ganze Vorbereitung des Candidaten Otto Karrer zum pharmaceutischen Beruf in die Uebergangszeit von der alten zu einer neuen Ordnung im Medicinalprüfungswesen, und durch eine neuerliche Vergleichung der Anforderungen für die II. Klasse der aargauischen Gewerbeschule mit denjenigen selbst des neuesten eidg. Maturitätsprogramms für Pharmaceuten glaubt das eidg. Departement des Innern die Ueberzeugung gewonnen zu haben, dass jene Anforderungen, denen der Candidat Karrer laut Zeugniss genügt hat, die eidgenössischen völlig decken, bezw. eher noch höher gehen.

4) An der Hand dieser Thatsachen, die, wie sich das Departement nicht glaubt verhehlen zu sollen, auch jetzt noch fort und fort zu Collisionen Veranlassung bieten können, findet das Departement, dass die von dem Candidaten Otto Karrer producirten Ausweise als genügend zu erachten seien, und demselben die Zulassung zur pharmaceutischen Gehülfenprüfung bewilligt werden sollte.

Demgemäss wird in Anwendung von Art. 21 der Verordnung für die eidg. Medicinalprüfungen vom 1. Juli 1880

beschlossen:

1) Der Recurs des Herrn Regierungsrath Karrer ist begründet erklärt, und es wird dessen Sohne Otto die Zulassung zur pharmaceutischen Gehülfenprüfung ertheilt.



2) Mittheilung dieses Beschlusses an den Recurrenten, unter Rückschluss der ihm gehörenden Acten, und Herrn Dr. Fritz Müller, Präsident des leitenden Ausschusses."

Den Empfang dieses Entscheides zeigte ich am 10. April dem Departement an mit dem Beifügen, ich nehme an, dass es sich um einen ausnahmsweisen Commiserationsact unter vorübergehender Aufhebung des Reglements handle und ich habe deshalb die Herren Collegen des Leit. Ausschusses bei Mittheilung des Entscheides angewiesen, bei der Zulassung pharmaceutischer Candidaten nach wie vor sich an die gesetzlichen Vorschriften zu halten. Diese seien für die Pharmaceuten der Art. 53 des Reglements und das vom Departement genehmigte Verzeichniss derjenigen Schulen und Schulklassen, deren Absolvirung einen Pharmaceuten berechtigen, ohne besondere (eidg.) Maturitätsprüfung zu den eidg. Prüfungen zugelassen zu werden.

Demgemäss erhielt auch der Herr Ortspräsident von Zürich, welchem ich zuerst den Entscheid zugesendet habe, auf seine Anfrage, ob er nunmehr einen andern im vollständig gleichen Fall wie K. befindlichen aargauischen Pharmaceuten von der Maturitätsprüfung dispensiren solle, die Weisung, dies nicht zu thun, sondern den betreffenden Candidaten, der sich übrigens zur Maturitätsprüfung als zu einer zwar unangenehmen aber selbstverständlichen Sache bereit erklärt hatte, eventuell auf den Recursweg zu weisen. K. möge auf Verantwortung des Departements Zulass zur propädeutischen Prüfung erhalten. Bald nachher erhielt ich dieselbe Anfrage von Seite des Herrn Ortspräsidenten von Bern, betreffs eines angehenden Pharmaceuten, der in der aargauischen Gewerbeschule sogar noch eine Klasse mehr als K. durchgemacht, sodann sich später zur eidg. pharmaceutischen Maturitätsprüfung gestellt hatte, zweimal durchgefallen und hiedurch um ein ganzes Jahr in seinem Fachstudium zurückgekommen war.*)

Inzwischen war (21. April) der bei den Mitgliedern und Suppleanten des Leit. Ausschusses in Circulation gesetzte Departementsentscheid wieder an mich zurückgelangt. Zwei Mitglieder stellten den förmlichen Antrag auf Appellation an den h. Bundesrath „wegen der principiellen Wichtigkeit der Sache (so lautet der eine Antrag) und zur Wahrung von Recht und Gerechtigkeit, stelle ich hiemit den Antrag, dass der Leit. Ausschuss, welcher in ähnlichen

*) Herr T. R. v. M. (Aargau) hat die aargauische Gewerbeschule von 1874—77 (Klasse I—III) besucht. Im August 1880 und im März 1881 machte er ohne Erfolg die eidg. pharmaceutische Maturitätsprüfung, beide Mal nach dem frühern mildern Programm; beiläufig bemerkt, eine nicht ganz klappende Illustration zu der Behauptung der aargauischen Erziehungsdirection (und des eidg. Dep. des Innern), dass schon die II. Klasse der genannten Schule „ganz und voll" den Anforderungen des neuen (in Mathematik und Naturgeschichte verschärften) Maturitätsprogrammes entspreche.



Fällen bisher ausnahmslos*) eine Maturitätsprüfung verlangt hat, gegen den Entscheid des Dep. des Innern in Sachen O. K. an den h. Bundesrath appellire."

Es handelte sich nun zunächst darum zu wissen, ob die Mehrheit des Leit. Ausschusses sich zu diesem Antrag bekennen werde, da eine Appellation natürlich nur vom Gesammtausschuss ausgehen konnte. Da aber eine solche Umfrage bei den Mitgliedern und Suppleanten durchschnittlich eine Zeit von 10—12 Tagen in Anspruch nimmt, und das Schlussexamen des Herrn K. am 23. April in Zürich stattfinden sollte, verständigte ich den dortigen Herrn Ortspräsidenten dahin, er möge das Examen des Herrn K. seinen Gang gehen lassen und dasselbe im Falle eines für K. schliesslich günstigen Austrags der Sache anerkennen, dagegen einstweilen die Abgabe des Prüfungsausweises sistiren.

In meinem Circular vom 23. April legte ich nun meinen Collegen den Antrag zur Abstimmung vor, indem ich unter Darlegung und Abwägung der Gründe für und wider abrieth, denselben anzunehmen. — Das weitere Schicksal dieser Abstimmung beim Leit. Ausschuss hat keinen Einfluss auf die Entwicklung der Angelegenheit gehabt. Das Circular kam mir am 8. Mai wieder zu. Zwei Collegen sprachen sich für Appellation an den h. Bundesrath aus, drei für einen Protest an das Departement, einer für Ausharren „Hinnahme einzelner Ungerechtigkeiten im Interesse des Bestandes der ganzen Organisation und in der Hoffnung auf eine bessere Zukunft."

Mittlerweile hatte Herr K. für seinen Sohn eine Beschwerde an das eidg. Dep. des Innern mitgetheilt wegen der von mir verfügten Sistirung der Ausgabe des Prüfungsausweises. Auf Anfrage des Departements vom 7. Mai ertheilte ich demselben Auskunft über die Motive der Sistirungsmaassnahme mit dem Beifügen, dass ich noch die Rückkunft des Circulars betreffend Abstimmung abwarten wolle.

Am 9. Mai machte ich dem Leit. Ausschuss Anzeige über den Ausgang seiner Abstimmung und ersuchte den Herrn Ortspräsidenten von Zürich dem K. den Ausweis abzuliefern. Als ich sodann (eod. dat.) im Begriff war, dem Departement nochmaligen Bericht abzustatten und zugleich das Bedauern des Leit. Ausschusses (über den Entscheid) auszudrücken, erhielt ich folgendes Schreiben des Herrn Departementsvorstehers vom 8. Mai:

„8. Mai 1883.

Eidg. Departement des Innern an F. Müller, Präsident.

Im Besitz Ihrer gefl. Antwort von gestern muss das Departement jedes Eintreten auf eine weitere Behandlung des Falles Karrer, wofür sich im Gesetz absolut keine Unterlage findet, ablehnen. Eventuell stellen wir das Begehren, dass über diesen Fall nur in einer Sitzung des Leit. Ausschusses und unter Mitberathung unsers Departements verhandelt werde. In keinem Fall aber können wir zu-

*) sobald sie Angehörige der frühern Concordatskantone betrafen. — F. M.



geben, dass ein Entscheid unseres Departements vom Präsidenten des Leit. Ausschusses in seiner Vollziehung auf die im Fall Karrer beobachtete Weise suspendirt werde. Der Candidat Karrer hat seine Prüfung bestanden und ihm gebührt hierüber der vorgeschriebene Ausweis. Wir laden Sie sonach ein, dem Herrn Ortspräsidenten von Zürich die Weisung zugehen zu lassen, den Candidaten Karrer ohne Weiteres in den Besitz seines Ausweises zu setzen und im Weitern wollen Sie von Schritten Umgang nehmen, für deren Rechtfertigung im Gesetze umsonst ein Anhaltspunkt gesucht wird."

Nach Empfang dieses Schreibens sandte ich meine Demission an den Herrn Bundespräsidenten. Das Dep. des Innern, dem dieselbe zugewiesen wurde, antwortete, dass es beim h. Bundesrath beantragen werde, meinem Wunsche zu entsprechen, doch erst, nachdem die Stelle eines Ortspräsidenten für Basel neu besetzt sein werde.

Meine Herren Collegen vom Leit. Ausschuss verständigte ich in der Folge über diese letzten Vorgänge, indem ich sie dringend ersuchte, von der angebotenen Collectivdemission im Interesse der Erhaltung des Bestehenden abzusehen.

Soweit der Sachverhalt.

Zu Nr. 1 der „Erwägung" des Departementsentscheides bemerke ich nun zunächst, dass allerdings die Verhandlungen des Leit. Ausschusses und des Departements mit Einzelpersonen und mit kantonalen Behörden betreffs der Maturitätsverhältnisse ansehnliche Actenstösse geliefert haben. Bei den Bestrebungen, die so überaus divergirenden Verhältnisse der einzelnen Kantone behufs Einrichtung des eidg. Prüfungswesens unter einen Hut zu bringen, hat die Maturitätsfrage die meisten Schwierigkeiten bereitet und ist bis vor nicht langer Zeit der wundeste Punkt unserer Organisation geblieben. Doch kamen hiebei die deutschen Kantone, welche zumeist schon dem Medicinalconcordat*) angehört hatten, wenig in Betracht. Für diese bestanden die Concordatsvorschriften während der Concordats- sowie während der Uebergangszeit zu Recht, welche speciell bezüglich der pharmaceutischen Maturität verlangten:

entweder *a)* den Besitz der zum Eintritt in die zweitoberste Klasse eines obern Literargymnasiums erforderlichen Kenntnisse,

oder *b)* den Besitz der zur Aufnahme in die chemisch-technische Abtheilung des schweiz. Polytechnicums nothwendigen Vorbildung einschliesslich derjenigen Fertigkeit in der lateinischen Sprache u. s. w.**)

*) Aargau schon vor 1873.

**) Vergl. Abänderung des Prüfungsreglements, beschlossen von der Conferenz der Concordats-Stände v. 17. Juni 1875. Die frühere einschlägige Bestimmung v. 1867 sagte nichts von den Literargymnasien.



Es musste also schon damals, wie auch jetzt noch, ein angehender Pharmaceut, sofern er realistische Vorbildung genossen hatte, die ganze obere Realschule (Industrieschule, Gewerbeschule) durchgemacht haben, denn das eidg. Polytechnicum nahm natürlich nicht Schüler auf aus der zweiten Klasse einer vierklassigen Realschule, von Aarau sowenig als von Basel, Bern, Zürich etc.

Nun ist in diesem Lemma, wie auch in den folgenden der departementalen „Erwägung" viel von einem pharmaceutischen Maturitätsprogramm die Rede und es gipfelt in der That die ganze falsche Schlussfolgerung des Entscheides auf diesem Missverständniss. Was ist Bedeutung und Zweck dieses Maturitätsprogrammes für Pharmaceuten? Die früheren Concordatsreglemente enthielten ein solches noch nicht. Als jedoch die Fälle immer zahlreicher wurden, in denen angehende Pharmaceuten ohne genügende, gar oft mit sehr primitiver Schulbildung von Apothekern in die Lehre genommen wurden und sich später zur Gehilfenprüfung meldeten, erachtete es der damalige Leit. Ausschuss (Präsident Dr. Ad. Ziegler) für nothwendig, eine eidg. Maturitätsprüfung für Pharmaceuten zu organisiren und für dieselbe ein Programm aufzustellen.*) Das damalige Programm, wie auch das jetzige verschärfte, musste in seinen Anforderungen der Natur der Sache nach beträchtlich hinter den Lehrzielen und Leistungen der obersten Klassen unserer besten schweizerischen Realschulen zurückbleiben. Es kann hier nicht darauf eingegangen werden, warum dieses mangelhafte Verhältniss einstweilen nicht konnte umgangen werden und wahrscheinlich noch auf lange hinaus weiterbestehen wird. Nie und nimmer hat aber dieses pharmaceutische Maturitätsprogramm die Zulassbedingungen hinfällig gemacht, wie sie in §. 28 des Concordatsreglements und Art. 52 der jetzigen Prüfungsordnung aufgestellt sind. Diese letztern allein sind in erster Linie geltend. Die eidg. pharmaceutische Maturitätsprüfung mit ihrem Programm tritt dann ein, wenn der Nachweis der in dem oben citirten Artikel verlangten Schulbildung nicht kann geleistet werden oder mit andern Worten: das Gesetz schreibt vor, dass jeder Pharmaceut, der nicht die ganze Realschule durchgemacht hat, die eidg. pharmaceutische Maturitätsprüfung zu bestehen hat, bevor ihm die Zulassbewilligung zur Gehilfenprüfung ertheilt wird. Nicht das willkürliche Gutfinden der Eltern, ihr Sohn sei nunmehr für eine pharmaceutische Laufbahn genug vorgeschult, kann entscheiden, sondern nur das Gesetz.

Damit fällt denn auch die Berufung des aarg. Herrn Erziehungsdirectors und des eidg. Dep. des Innern auf die Aequivalenz der Leistungen der II. Klasse

*) Schon damals wurden auch die Apotheker des Concordatsgebiets auf diese misslichen Verhältnisse aufmerksam gemacht und ersucht, bei der Aufnahme von Lehrlingen auf deren Maturitätsausweise zu achten; später während der gegenwärtigen Organisation geschah dies nochmals durch ein Circular des eidg. Dep. des Innern an alle Kantonsregierungen.



der Aarauer Gewerbeschule mit dem Programm von vornherein dahin. Nicht mit dem Programm, sondern mit Art. 52 der Prüfungsordnung (ev. §. 28 des Concordatsreglements) sollen die Ausweise des Candidaten übereinstimmen.

Allein auch abgesehen davon, glaubt irgend ein verständiger Mann in der Schweiz, der Leit. Ausschuss werde einen Aarauer-Gewerbeschüler, der zwei Jahre vor der gesetzlichen Zeit die Schule verlassen hat, anders behandeln als den im gleichen Fall befindlichen Basler-, Berner-, St. Galler-, Zürcher- etc. Gewerbeschüler? Hiezu liegt auch nicht der entfernteste Grund vor. Zum Ueberfluss hat die aarg. Erziehungsdirection schon im vergangenen Jahr eine Antwort in letzterm Sinne auf eine bezügliche Reclamation erhalten. *)

In der „Erwägung" ist auch von dem „den Kantonen officiell zugestellten Bericht des Herrn Prof. Vogt" die Rede. Die Veranlassung zur Herausgabe dieses Berichtes ist mir nicht bekannt. Ich war damals (Frühjahr 1881) längere Zeit wegen Krankheit landesabwesend, wenige Tage nach meiner Heimkunft hatte ich die Jahressitzung des Leit. Ausschusses in Bern zu präsidiren. Wenn ich mich nicht sehr irre, so ist uns der Bericht erst in der Sitzung selbst zugestellt worden mit dem Wunsche, wir möchten auf Grund desselben die auf den Tractanden stehende Frage der Maturität berathen. Es geschah dies. Herr Prof. Vogt referirte mündlich. Es zeigte sich, dass der Herrn Vogt gewordene Auftrag des Departements dahin gegangen war, die Lehrziele und Leistungen der schweizerischen Schulanstalten mit den eidg. Maturitätsprogrammen zu vergleichen. Bezüglich der Maturität für Mediciner erwiesen sich die Untersuchungen des Herrn Referenten als nutzbringend und für die Discussion sehr brauchbar, bezüglich der Maturität für Pharmaceuten jedoch nicht. Das Protokoll (der VI. Sitzung des Leit. Ausschusses v. 31. März 1881) sagt hierüber Folgendes:

Der Abschnitt II, Maturität für Pharmaceuten (pag. 33—36) des Berichts an das eidg. Dep. des Innern über das Verhältniss der schweiz. Schulanstalten zu den Programmen für die eidg. Maturitätsprüfungen von Herrn Prof. K. Vogt, welcher mit Uebergehung der Bestimmungen von Art. 53 des Reglements sich durchaus an die Bestimmungen des Maturitätsprogramms hält, ist demnach einer nochmaligen Revision und Discussion zu unterziehen.

Es genügt zu sagen, dass diese Revision von einem mit den Verhältnissen der schweiz. Schulen wohlvertrauten Schulmanne vorgenommen wurde und dass an die Stelle einer nochmaligen mündlichen Discussion Circulation und Genehmigung des Leit. Ausschusses und des Departements getreten ist. Das Resultat

*) Und gleichzeitig oder bald nachher in Folge eines andern Falles eine Mahnung des Leit. Ausschusses, dass und warum dieser letztere Veranlassung habe, sich inskünftig aarg. Maturitätszeugnisse überhaupt etwas genauer anzusehen.



ist das mehrerwähnte: Verzeichniss derjenigen Schulen u. s. w. — (Public. des eidg. Dep. des Innern v. 6. Juni 1882.)

Die Zustellung des Vogt'schen Berichtes von Seite des Departements an die Erziehungsbehörden der Kantone konnte von vornherein doch unmöglich den Zweck haben, durch diese vorderhand ganz unmassgeblichen Untersuchungen das Reglement für aufgehoben zu erklären. Dass eine auf einem solchen Missverständniss basirte Reclamation Aargau's berichtigt werden musste, ist schon oben erwähnt worden. Ich kann also Nr. 2 der „Erwägung" in keiner Weise zugeben.

Ebenso wenig kann ich Nr. 3 der „Erwägung" irgendwie gelten lassen. Ich habe bereits in meinem im Namen des Leit. Ausschusses an das Departement erstatteten Gutachten (vide oben Acten) gezeigt, dass zur Zeit, als Herr K. aus der Schule in die pharmaceutische Lehre trat, für die deutschschweizerischen Kantone betreffs der Maturität die Bestimmungen des Concordates noch in vollster Geltung waren (und im Wesentlichen auch bis jetzt geblieben sind). Dass das Departement dies wissen musste, ist doch wohl anzunehmen; dass aber auch der Vater des Herrn K. dies wohl gewusst hat, geht aus seinem am Eingang unseres zweiten Abschnittes abgedruckten Briefe hervor. Dass er, obschon dies wissend, dennoch seinen Sohn schon aus der zweiten, statt erst aus der vierten Klasse der Gewerbeschule hat austreten lassen, konnte ihm Niemand wehren. Unsere gesetzlichen Bestimmungen können ja unmöglich dahin gehen, irgend Jemand zu zwingen, die in Art. 53 als normal hingestellte Schulstufe zu erreichen; sie haben blos den Sinn: wer die in Art. 53 bezeichnete Schulstufe erreicht hat, braucht nicht noch eine besondere eidg. Maturitätsprüfung abzulegen; wer sie aber nicht erreicht hat, für den tritt diese letztere ein. Sie ist für uns die einzige Schranke gegen die leider sehr verbreitete und unselige Verblendung der Eltern, ein oder zwei Schuljahre zu vermeintlichen Gunsten ihrer Söhne zu escamotiren. Die Erfahrung hat uns der Beweise eine Ueberfülle gebracht, dass im Gegentheil durch diese Kurzsichtigkeit der Väter in der Regel den Söhnen das Fortschreiten in bedeutendem Maasse erschwert wird. Nicht nur hindert diese die eigene Unreife, sondern es kommt noch dazu der immerlastende Alpdruck einer später nachzuholenden Maturitätsprüfung, welcher die Lust am Fachstudium nie recht aufkommen lässt.*)

Das Departement findet, dass die von ihm in Nr. 1—3 der „Erwägung" aufgeführten Thatsachen fort und fort zu Collisionen Veranlassung bieten können.

*) Eine nicht unmittelbar hiehergehörende Frage, die aber bei diesem Anlass wenigstens berührt werden mag, ist die, ob nicht unsere pharmaceutische Maturität zu hoch gespannt ist. Mein ehemaliger pharmaceutischer College des Leit. Ausschusses, Herr S.-R. Meyer, wird bezeugen können, dass ich zu wiederholten Malen meinerseits alle Anstrengungen gemacht habe,

Mit nichten. Allerdings, wenn man je den einen Tag einen Wall baut, um je den andern Tag wieder eine Bresche hinein zu schiessen, können Collisionen nicht wohl ausbleiben. Es ist immerfort dasselbe Nichtverstehenwollen, dass Art. 53 und das Schulstufenverzeichniss die Norm aufstellen, das Programm aber als Anleitung für die Ausnahmefälle sich giebt. Wie wunderbar, dass das Departement, welches je und je in den Sitzungen des Leit. Ausschusses mit Entschiedenheit zu immer strafferm Anziehen der Zügel ermuntert hat und die Zeit des Uebergangs mit ihren damals nothwendigen und unabweisbaren Nachsichtsbeschlüssen und Gnadenacten mit dem Jahr 1882 als erledigt wollte angesehen wissen, wie wunderbar, dass gerade es mit dem Jahr 1883 eine neue Aera der Lockerung einzuleiten für passend erachtet hat. Es wird auch inskünftig noch Fragen genug geben, auf welche das Reglement keine entschiedene Antwort ertheilen kann und wo dann das Departement die Entscheidung wird zu treffen haben, auch gegen die Ansicht des Leit. Ausschusses. Wo aber wie im Fall K. das Reglement deutlich spricht, da sollte auch der Entscheid nicht ohne Noth gegen das Reglement fallen.

Es erübrigt mir noch, einige Betrachtungen beizufügen über die Stellung des Leit. Ausschusses gegenüber dem Departement, bezw. über die Frage, ob wirklich, wie das Departement in seiner Entgegnung weiterhin urgirt, die Anrufung einer höhern Instanz (nämlich des Bundesrathes) von Seite des Ausschusses von vornherein durch das Gesetz ausgeschlossen ist.

Das Departement beruft sich auf den Art. 21 der Prüfungsordnung, welcher in seinem ersten Absatz folgendermassen lautet:

(Art. 20 und 21 handeln von der Anmeldung der zu Examinirenden zum Examen.)

„Erklärt der Ortspräsident die Certificate eines Candidaten für die Zulassung zur Prüfung unzureichend, so kann der zurückgewiesene Candidat an den Leit. Ausschuss und zuletzt an das eidg. Dep. des Innern recurriren.“

In der „Entgegnung“ ist das Wort „zuletzt“ gross gedruckt.

Durch diese Bestimmung soll dem Leit. Ausschuss die Berufung an eine höhere Instanz verwehrt sein. Es ist möglich, mir aber doch vorläufig nicht erwiesen. Ich muss mich in dieser Beziehung auf das Urtheil verlassen, welches Juristen darüber haben werden. Ich habe deren noch keinen angefragt, möchte ihnen aber folgendes zu erwägen geben: Art. 21 scheint mir zu sagen, dass ein Candidat in Zulassfragen nicht weiter als bis an's Departement recurriren dürfe. Der Zweck des Artikels ist, dass etwaigem Trölen ein Riegel geschoben

---

den gegenwärtig geltenden hohen Anforderungen, welche vom schweiz. Apothekerverein ausgegangen sind, entgegenzutreten. Ich bin überstimmt worden und habe mich, wie noch in Manchem fügen müssen. Wenn man mir aber das Gesetz zur Vollziehung in die Hand giebt, so habe ich mich gegenüber den Petenten an das Gesetz und nicht an meine eigene Ansicht zu halten.



sei. Der Candidat hat seine zwei Instanzen, und damit soll es genug sein. Ich muss das einigermaassen wissen, da der Artikel von mir ist. Auf den vorliegenden Fall angewandt, musste also für Herrn K. der Departementsentscheid endgültig sein. Ob auch für die Prüfungsbehörde, den Leit. Ausschuss? Soll dieser, wenn er glaubt, es handle sich um eine principielle Frage, ich will sagen um Wahrung seiner Achtung und Würde, nicht auch wenigstens Eine Instanz haben, und ist diese nicht naturgemäss der h. Bundesrath, der ihn wählt und einsetzt und dem er jährlich Rechenschaft abzulegen hat? (Vergl. Bundesgesetz betreffend die Freizügigkeit etc. vom 19. Christmonat 1877, Art. 3 und Art. 6 b.) Positives betreffend einen allfälligen Recurs der Prüfungsbehörde an den h. Bundesrath findet sich allerdings nirgends weder im Gesetz noch in der Verordnung. Im Uebrigen ist die gegenseitige Stellung von Dep. des Innern und Ausschuss in der Verordnung (Art. 3, 5, 10, 11 u. s. w.) hinreichend skizzirt, wonach das Departement dem h. Bundesrath die Vorschläge zur Besetzung des Leit. Ausschusses macht, und das Recht hat, allen Sitzungen des Leit. Auschusses mit berathender Stimme beizuwohnen. Es sorgt ferner in den Sitzungen für die Protokollführung und lässt die nöthigen Register führen, bestätigt die Diplome und nimmt nach Art. 21 Recurse von Examinanden entgegen. In der constituirenden Sitzung vom 17. April 1878 erklärte Herr Bundesrath Droz, der Bundesrath denke sich die Stellung von Departement und Ausschuss so, dass letzterer von ersterm unabhängig sei, dem Departementschef jedoch die berathende Stimme gesichert bleibe; mit andern Worten, der Leit. Ausschuss habe dieselbe Position wie der schweiz. Schulrath. Nichts liegt mir nun ferner, als für häufige Appellation des Ausschusses an den Bundesrath zu schwärmen. Ich würde das für sehr unpassend und unglücklich halten, allein in Fragen, wo gewissermaassen die Amtsehre des Ausschusses von dem Entscheid des Departements abhängt, würde die Appellation an eine höhere Instanz doch eine Sicherheitsklappe darstellen gegen das grössere Unglück, die nicht zu umgehende Collectiv-Abdankung des Ausschusses, welche gleichbedeutend wäre mit einer tiefen, ja wahrscheinlich unheilbaren Störung der ganzen eidg. Prüfungsorganisation. Der Vorsteher des Departements kann sich in diesen wenigen Jahren überzeugt haben, dass es schon unter normalen Umständen nicht so leicht ist, die Leute für dieses Amt zu finden, wie viel mehr würden die Schwierigkeiten wachsen, wenn es in der ärztlichen Welt bekannt würde, dass der Rücktritt der Collegen unter dem Eindruck erlittenen Unrechts geschehen sei.

Der Departementsvorsteher hat eventuell als einen Ausweg eine mündliche Besprechung des Streitfalles in einer Sitzung unter seiner Gegenwart für zulässig erklärt. Ich gebe auch gerne zu, dass fast ohne Ausnahme eine solche Maassnahme zur Vereinbarung führen würde, nur müsste dann die beigefügte Forderung, dass vorher die Unterwerfung des Ausschusses unter einen dem letztern ungerecht

erscheinenden Entscheid sich zu vollziehen habe, wegfallen. Erst die Strafe absitzen, dann reclamiren! Das ist bei der Armee Gesetz und mit Recht, weil sonst die Disciplin, die Grundlage des Ganzen, ausser Rand und Band gehen würde.

Wir gehören aber nicht zur Armee und wir glauben, dass eine im departementalen Sinn vorgeschlagene Nachbesprechung ohne einstweilige Suspension des Vollziehungsbefehles den Schein einer Farce an sich tragen müsste.

Es ist schliesslich noch die Frage zu beantworten, ob und warum der Entscheid des Departements eine so niederschlagende Wirkung auf den Leit. Ausschuss ausüben musste, dass dieser ihn als Kränkung und als Schädigung seiner amtlichen Stellung empfunden hat.

Wäre Herr K. der einzige Pharmaceut der letzten Jahre gewesen, den der Leit. Ausschuss zur gesetzlichen Maturitätsprüfung verhalten wollte, so hätte auch der Ausschuss leichter über den Entscheid wegkommen können, immerhin unter Wahrung seiner Auffassung und unter dem Vorbehalt, dass die Verantwortung beim Departement bleibe. Allein er war nicht der einzige, er war nur der einzige, dem ein einflussreicher Berather und Fürsprecher zur Seite stand. Ich habe bereits weiter oben zweier angehender Pharmaceuten gedacht, die gleichzeitig und unter gleichen Verhältnissen wie ihr Schulkamerad ohne Widerstand der Verfügung des Leit. Ausschusses sich unterzogen. Diesen wären noch eine Anzahl anderer (1880—1882 im Ganzen 14 Pharmaceuten) anzureihen.

Liegt es nun nicht nahe, dass alle diese Leute sich sagen: der Leit. Ausschuss hat uns Ungerechtes zugemuthet, uns unnütze Mühe und Sorgen verursacht und nur um unsere Zeit gebracht. Das hat der Entscheid des eidg. Departements auf's beste bewiesen. Wir haben eben nur in dummem Vertrauen auf die Unpartheilichkeit der Behörde uns nicht genug auf die Hinterbeine gestellt und haben vergessen beim Departement zu recurriren.

Man ist im jugendlichen Alter mit derlei Urtheilen gleich fertig. Und wie soll nun der Leit. Ausschuss in allen zukünftigen Fällen verfahren? Hierauf weiss ich meinerseits gar keine Antwort zu ertheilen.

Meine schweizerischen Collegen werden nun begreifen, warum der See ein Opfer haben musste. Meine Demission ist im vorliegenden Fall moralisch gleichbedeutend mit der des Gesammtausschusses. Dass und warum diese letztere nicht erfolgt ist, habe ich bereits erklärt.

Schweighauserische Buchdruckerei in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 14. XIII. Jahrg. 1883. 15. Juli.

Original-Arbeiten.

Vom Unterricht in der Gesundheitspflege in der Schweiz.

(Zusammenstellung von Erhebungen, nach welchen Dr. *Castella* synoptische Tafeln für die schweizerische Landesausstellung zu Zürich verfasst hat.)

Von Dr. **Sonderegger.**

„Zuerst kommt das Kriegsschiff, dann der Kaufmann, dann der Missionär", so sagt man von den Wilden in der Südsee und anderswo. Die Culturstufen sind weder zeitlich noch räumlich scharf abgegrenzt und wir kennen Völker, welche noch jetzt in der Steinzeit oder in der Pfahlbauperiode leben. Sogar in jedem Culturvolke gibt es Gruppen und Individuen, welche in ihrer ganzen Lebensanschauung einem längst vergangenen Zeitalter angehören, die sich z. B. nur für den Krieg, oder nur für den materiellen Besitz interessiren und Alles, was darüber hinaus geht, kurzweg als Schwindel betrachten. Tritt auch die Mission einer höhern Geistesbildung an sie heran, so wird diese lange Zeit nur von ihrer negativen und ihrer polemischen Seite erfasst und erst viel später treibt sie die Blüthe der socialen Ordnung und reift sie die Früchte der Humanität.

Unsere Zeit steht noch auf dem Boden des alten römischen Rechtsstaates, dessen Grausamkeit sich wenig verändert, ob sie nun vom Feldherrnzelt oder von der Börse aus, vom Parlamente oder bloss von Dorfmagnaten gehandhabt werde. Die Humanität, die Liebe zum Menschen an sich, die Sorge für sein leibliches und sittliches Wohl ist ein Zugeständniss, welches man einer alten Bande unverbesserlicher Idealisten überall macht, aber überall auch mit dem Gefühle, nun sehr grossmüthig gewesen zu sein, und niemals mit dem heiligen Ernst und den Opfern, mit welchen man in den Krieg zieht oder sich in eine Eisenbahnunternehmung stürzt.

Die moderne Weltanschauung, welche mit der Nüchternheit des Naturforschers die Lebenden und die Todten, die Gesunden und die Kranken, die Aufrechten und die Zermalmten, das anererbte und das anerzogene Glück und Unglück zusammen-

zählt, verlangt: mehr Moral in der Politik und bessere Lebensbedingungen. Diese tieferen Differenzen sind es, welche unsere sociale Frage schwierig und auch ganz besonders die Hygieine unpopulär machen. Unsere Zeit ist noch barbarisch genug, über gähnende Spalten selbstverschuldeten Elendes und über lange Gräberreihen hinwegzuschreiten, ohne zu bedenken, dass aus denselben ihre Rächer aufstehen.

So lange als der Menschengeist nur in einem Leibe sichtbar ist, dürfen wir nicht geistige Interessen pflegen und dabei die leiblichen vernachlässigen. Ein schlechtgenährtes, von selbstverschuldeten Seuchen heimgesuchtes, vom Alcoholismus geschwächtes Volk wird auch öconomisch und politisch zerfallen, das frivole Geschwätz wird an die Stelle der gewissenhaften Arbeit treten und den Bau des Wohlstandes und der Freiheit untergraben.

„Wer eine Armee schafft, muss bei dem Bauche anfangen", hat Friedrich der Grosse in derben Worten gesagt, das heisst wohl zu allen Zeiten: wer ein tüchtiges Volk haben will, der muss mit dessen materiellen Bedürfnissen anfangen und darf kein Proletariat aufkommen lassen.

Und diese Aufgabe sollte die Hygieine lösen? Paule, du rasest! Hat sie unsere Staatsweisheit gelöst? Wir verlangen mit der Hygieine nicht nur ein paar Tausend Lebensmittelanalysen, besseres Bier, reineren Wein und gesundere Wohnstätten; auch sehen wir nicht in der Cloakenreform das Heil der Welt: aber wir verlangen von den Behörden und von den Einzelnen, dass sie überhaupt Augen haben für die leiblichen Bedingungen ihres Daseins und ein Herz für die Enterbten der bürgerlichen Gesellschaft. Der moralische Gewinn einer ernstgemeinten öffentlichen Gesundheitspflege ist nicht geringer als der materielle.

Auch in unserm Vaterlande hat die Mission der naturwissenschaftlichen Lebensanschauung ihr Werk begonnen, schüchtern, unbeholfen und lückenhaft, aber nothgedrungen und deshalb unwiderstehlich. An manchen Orten ist in aller Stille und als selbstverständlich Vieles geleistet worden, was aber im Dienste der Volksgesundheitspflege bisher öffentlich angestrebt und gelehrt worden, mögen folgende Mittheilungen zeigen.

I. Die Hygieine an den schweiz. Hochschulen und Academien.

Eidgenössisches Polytechnicum.

Von 1876—1881 war Herr Dr. *Wiel* als Privatdocent für Hygieine habilitirt. Er las in 5 Semestern, je 3, später 2 Stunden wöchentlich, vor 8—15 Zuhörern.

Seit 1879 gibt Herr Prof. *Heumann*, I. Assistent am chemisch-technischen Laboratorium im Sommer 2 Stunden wöchentlich: „Nahrungsgewerbe" für die Chemiker, und im Winter 2 Stunden wöchentlich: Lebensmitteluntersuchungen mit Uebungen im Laboratorium für Fachlehrer und für Pharmaceuten.

Die Hygieine der Heizung, Ventilation, des Cloakenwesens etc. wird bei den Vorträgen der Bau-, Ingenieur- und chemisch-technischen Abtheilung in gewohnter Weise berücksichtigt.

Universität Zürich.

Von 1867—1871 hielt Privatdocent Dr. *Schwalbe* regelmässig besuchte Vorlesungen über Hygieine; ihm folgte Privatdocent Dr. *Goll*.

Von 1875—1879 las Prof. Dr. *Oscar Wyss* im Sommer wöchentlich 2 Stunden Hygieine des Kindesalters mit 6—12 Zuhörern.

Seit 1879 gibt derselbe jeden Sommer ein 3stündiges Colleg über Hygieine, welches nur 12—20 Zuhörer zählt.



Demonstrationen von Prof. *Oscar Wyss.*

Ferner liest Cantonschemiker Dr. *Abeljanz* im Winter: über Chemie und Untersuchung der wichtigsten Nahrungsmittel und im Sommersemester gibt er practische Anleitungen zu hygieinisch-chemischen Untersuchungen. Durchschnittlich 5—12 Zuhörer.

Laboratorium ausschliesslich für Hygieine unter der Leitung des Cantonschemikers. Die Zuhörer und Practikanten sind grossentheils Mediciner.

Berichterstattungen in den Jahresberichten der Sanitätsdirection.

Universität Bern.

Collegien über Hygieine bestehen seit 1863. „Oeffentliche Gesundheitspflege mit Berücksichtigung der Sanitätspolizei verschiedener Länder" liest jedes Semester 2 Stunden Prof. Dr. *C. Emmert.*

Zuhörer jeweilen 6—12, meist Mediciner; einzelne Pharmaceuten.

Seit 1878 kündigt Prof. Dr. *Adolf Vogt* zahlreiche Collegien über Hygieine mit Excursionen an. Ueber die Frequenz derselben war auch bei der Erziehungsdirection keine bestimmte Antwort zu erhalten. Dagegen sind die Vorträge im Verein für Gesundheitspflege stark besucht.

Ein Laboratorium für hygieinischen Unterricht fehlt noch.

Universität Basel.

Keine Collegien über Hygieine. In früheren Jahren las Herr Dr. *Göttisheim.* Oeffentlicher Chemiker: Prof. *Piccard*, der nebenbei auch Untersuchungen macht, welche in die Hygieine einschlagen.

Universität Genf.

Seit 1876 werden jedes Jahr in einem Semester wöchentlich 2 Stunden Hygieine docirt. Prof. Dr. *Dunant.* Durchschnittszahl der Zuhörer: 10.

Dazu kommen: Hygieinische Besuche in einigen Etablissements; ferner ein Laboratorium für den Professor der Hygieine. Practica für die Studenten fehlen bisher wegen Platzmangel; der Professor muss sich auf Experimente beschränken. Ferner besteht ein Laboratorium für biologische Chemie. Ferner ein besonderes Laboratorium für Untersuchung von Lebensmitteln und Verbrauchsgegenständen.

Neuchâtel — Académie.

An der theologischen Facultät der Académie wird seit 1874 wöchentlich 1 Stunde Hygieine gelehrt, durch 3 Jahre und obligatorisch; anfangs von Staatsrath Dr. *Roulet*, seit 1875 von Dr. *Guillaume.*

Die Zahl der Hörer beträgt 10—12 und das Programm ist folgendes:

1) Luft, Clima, Meteorologie, Boden, Wohnung, Bekleidung, Nahrungsmittel (auch mit Rücksicht auf deren Verfälschungen).

2) Sociale Hygieine, Wasserversorgung, Beseitigung der Abfallstoffe, Begräbnisswesen, Hygieine der Schulen, der Fabriken, der Werkstätten und der Gefängnisse.

3) Bäder, Vorbeugung ansteckender Krankheiten, Bevölkerungsstatistik.

Es werden Besuche gemacht in Schulen, Waisen-, Armen- und Krankenhäusern, in Fabriken, Gefängnissen und Schlachthäusern und bei den Brunnenleitungen; ferner wohnen die Studirenden den jährlichen Hausbesuchen der Gesundheitscommission in zwei Strassen des Arbeiterviertels bei und haben sie dem Professor ihre Berichte und Vorschläge abzugeben; schliesslich werden sie in dem Fache auch examinirt.

Manche dieser ehemaligen Studenten geben jetzt als Pfarrer in ihren Gemeinden einen sehr zeitgemässen Unterricht über Gesundheitspflege und bethätigen sich im Verein mit den Aerzten bei den Fragen der Volkswohlfahrt in ausgiebigem Maasse.

Académie de Lausanne.

Vorträge über Hygieine seit 1871. Anfangs von Dr. *Recordon*, seit 1875 von Dr. *M. Dufour.* Ausgewählte Capitel der Hygieine, 1 Stunde wöchentlich, im Wintersemester.

Jeweilen 4—15 Zuhörer.

Es besteht eine chemische Prüfungsstation für Lebensmitteluntersuchung, unter der Leitung von Prof. *Bischoff.*

Das Lehrerseminar

hat keinen directen Unterricht in der Hygieine, aber grundsätzliche Herbeiziehung hygieinischer Fragen in den Cursen über Chemie, Physik und Pädagogik.



II. Die Hygieine in den Cantonen.

Canton Zürich.

In den Elementar- und Secundarschulen wird Hygieine nicht gelehrt, wenigstens fehlen alle näheren amtlichen Angaben. Für Elementarlehrer — 120 — hielt Prof. *Horner* einen Curs über Diätetik des Auges; 1874.

In den höhern Töchterschulen zu Zürich und Winterthur wird je 1 Jahr lang, wöchentlich 2 Stunden, Unterricht (facultativ) in Hygieine ertheilt. Daran nehmen auch die Schülerinnen des Lehrerinnenseminars Theil (obligatorisch). Hiezu kamen noch sehr zahlreiche Zuhörerinnen (gegen 100) aus allen Lebensaltern und Stellungen. Später fielen diese Stunden im Lehrerinnenseminar „aus den hygieinischen Gründen der Entlastung" wieder weg.

Das Laboratorium des Cantonschemikers, welches jährlich 1150—1380 Untersuchungen registrirt, dient ausschliesslich der öffentlichen Gesundheitspflege und dem Unterrichte, zu welchem wesentlich auch die Instructionscurse für Ortsgesundheitsbeamte gehören, deren bisher 179 theilgenommen haben.

Oeffentliche Vorträge über Hygieine werden durch die Aerzte gehalten in Zürich und Winterthur.

Canton Bern.

In den Primarschulen wird im 7., 8. und 9. Schuljahre, II. Abtheilung, wöchentlich 1 Stunde Naturkunde und Hygieine, selbstverständlich abgesehen von Physik und Chemie, gegeben, „das Nöthigste aus der Gesundheitslehre", wie das Schulprogramm verlangt.

In den Secundarschulen und den höhern Lehranstalten für Knaben und für Töchter ebenfalls und einlässlicher; überall obligatorisch, ohne besondere Lehrbücher und ohne Examen.

Das Programm fordert „Belehrung über den menschlichen Körper und Gesundheitslehre".

Vor zwei Jahren wurde eine provisorische Station für Lebensmittelcontrole eröffnet und seit Anfang 1883 ist sie als Laboratorium für Untersuchung von Lebensmitteln und Verbrauchsgegenständen festgestellt und im Betriebe. Chemiker: Dr. *Schaffner*.

Oeffentliche unentgeltliche Vorträge über einzelne Abschnitte der Hygieine werden in den Städten und grössern Ortschaften jeden Winter gehalten, ausschliesslich von Aerzten.

Luzern.

In den Secundarschulen und an der Cantonsschule wird, im Anschluss an den naturwissenschaftlichen Unterricht Hygieine vorschriftsgemäss behandelt.

Laboratorium des Cantonschemikers seit 1876 für Lebensmittelcontrole und Untersuchungen von Verbrauchsgegenständen. Cantonschemiker Dr. *Stierlin*, seit 1879 Dr. *E. Schumacher*.

Koch- und Haushaltungscurse werden seit 1879 jedes Jahr abgehalten, dauern je 14 Tage, sind veranstaltet vom Luzerner Bauernverein, staatlich unterstützt und geleitet von Frau Wyder-Ineichen.

Oeffentliche Vorträge über Hygieine jeden Winter in Luzern.

Uri: 0

Schwyz.

Im Lehrerseminar zu Schwyz wöchentlich 1 Stunde Unterricht in Hygieine. Leitfaden: *Sonderegger*.

Unterwalden.

Vorträge über Schulhygieine und über Alcoholismus, veranstaltet vom Piusverein.

Glarus: 0.

Zug.

Cantonsschule: Hygieine als Unterrichtsfach im Project.

Lehrschwestern-Institut Menzingen: Unterricht in Hygieine obligatorisch 20 Stunden per Jahr, durch Dr. *Hürlimann*.

Kochcurs in Cham in Begleitung von 10 Vorträgen.

Freiburg.

Der hygieinische Unterricht in den Secundarschulen und in den höheren Lehranstalten ist sehr mangelhaft, obschon seit 1874 für beide Geschlechter vorgeschrieben.



Empfohlen, aber nicht obligatorisch sind die Lehrbücher von: *Saucerotte:* Petit traité d'hygiène; *Perussel:* Cours élémentaire, und von Madame *Cornélie Chavannes:* Traité d'économie domestique.

Geprüft wird über das Fach nur bei Erziehern und Erzieherinnen.

Ein Laboratorium gibt es nicht.

Zuweilen halten Aerzte öffentliche unentgeltliche Vorträge über Hygieine.

Solothurn.

Hygieine wird gelehrt in den Secundarschulen, im Lehrerseminar und in der Cantonsschule. Seit mehreren Jahren und obligatorisch. Nur für Knaben. Vorträge ohne Experimente.

Cantonslaboratorium für hygieinische Untersuchungen.

Basel-Stadt.

Unter den Fortbildungscursen, welche im Anschluss an die obere Töchterschule bestehen, ist einer für Gesundheitspflege, welcher von Herrn Dr. *Fiechter* gegeben wird (unter dem Titel: Physiologie des Menschen, 1 Stunde wöchentlich).

Baselland: 0.

Schaffhausen.

Eine Reihe öffentlicher Vorträge über Ernährung und über andere Capitel der Gesundheitspflege und der Krankenpflege hielt Dr. *E. Rahm.*

Cantonale Kochcurse in mehreren Bezirken, in Begleitung mit Vorträgen.

Augenuntersuchungen in den Schulen durch Dr. *Ott* und Dr. *Ritzmann.*

Appenzell A.-Rh.: 0. Appenzell I.-Rh.: 0.

St. Gallen.

Die Cantonsschule hat in der VII. Cl. Gymn., IV. techn. und III. merc. je 2 Stunden Somatologie; hier sowie im Unterrichte über Physik und Chemie wird Hygieine speciell berücksichtigt.

Das Cantonslaboratorium, seit 1878 im Betrieb, besorgt Lebensmittelanalysen, nebenbei auch gerichtliche und gewerbliche Untersuchungen und dient dem hygieinischen Unterrichte.

Der Cantonschemiker Dr. *Ambühl* hält jährlich 3—6 Instructions- und Repetitionscurse, je zu 3 Tagen, für die Mitglieder der Ortsgesundheitscommissionen, und übt sie ein auf die Vorprüfung von Lebensmitteln. Die Instruction darf nicht über 6 und die Repetition nicht über 12 Theilnehmer gleichzeitig haben. Bisher betheiligten sich 66 Abgeordnete aus 45 (von 92) Gemeinden.

Ferner hält er jedes Jahr Versammlungen der Gesundheitscommissionen einzelner Landestheile, mit 35—40 Beamten, je 1 Tag dauernd und zerfallend in: Vortrag, Demonstration und Discussion. (Bisher in: Altstädten, Uznach, Sargans, Wattwyl und Wyl.)

Endlich Wandervorträge über hygieinische Themata, öffentlich und unentgeltlich. (Bisher in Wattwyl, Degersheim, Uzwyl, Nesslau, Mörschwyl, Tablat, Ebnat, Lichtensteig und Ragaz.)

Die Curse für Fleischschauer werden gegeben von Sanitätsrath *Kobelt,* Veter., und Schlachthausdirector *Brändle,* Veter., in St. Gallen und sind auf 6 Tage berechnet.

Kochcurse in Verbindung mit öffentlichen Vorträgen wurden gehalten in Flawyl und in Gossau.

Canton Aargau.

Der Lehrplan der Gemeindeschulen sowie der Bezirksschulen des Cantons verlangt seit 1867 Unterricht „über den Bau und die Pflege des menschlichen Körpers.“ Den Lehrern wurde zudem eine Instruction betreffend Einführung der neuen obligatorischen Schulbänke gegeben. Für das Töchterinstitut und Lehrerinnenseminar in Aarau, ebenso für das Lehrerseminar ist Unterricht in der Gesundheitspflege vorgeschrieben und wie die Jahresberichte der Lehrer und die Inspectionsberichte ergeben, wird diesem Fache auch regelmässig Zeit und Arbeit gewidmet. Lehrbuch: der kleine *Bock.* Dagegen fehlt der hygieinische Unterricht an der Cantonsschule.

Ein Laboratorium für Lebensmitteluntersuchungen besteht nicht.

Oeffentliche und unentgeltliche Vorträge über Hygieine werden im Winter von den



Aerzten gehalten: in Aarau, Lenzburg, Zofingen, Bremgarten, Wohlen und noch in mehreren andern Gemeinden ab und zu.

Thurgau.

In den Fortbildungsschulen wird alle 3 Jahre, in den Secundarschulen und in der Cantonsschule alljährlich Hygieine gelehrt, im Anschlusse an Zoologie und Anthropologie. Gelegentlich wird auch darüber examinirt.

Oeffentliche Vorträge über Hygieine finden jeden Winter in mehreren Gemeinden statt.

Graubünden.

An der Cantonsschule wird Hygieine gelehrt, in Verbindung mit Zoologie und Somatologie, in der II. Classe. Lehrbuch: *Bænitz*. Ferner in der IV. und V. Classe des Gymnasium Anthropologie mit Diätetik, Lehrbuch: *Reclam*, „Gesundheitsschlüssel" und Wandtafeln der Somatologie von *Fiedler;* microscopische Präparate. Beim Maturitätsexamen wird auch hierüber geprüft.

Laboratorium für Lebensmitteluntersuchungen, 1883 eröffnet und geleitet vom Professor der Physik und Chemie, Dr. *R. Meyer*, der zum Cantonschemiker ernannt ist und einen Assistenten hat. Das Laboratorium verfolgt keine Unterrichtszwecke.

Tessin

hat Unterricht in der Hygieine: in den Secundarschulen für Mädchen und in den Lehrerseminarien, seit 1837!

Das Fach ist obligatorisch, es wird darüber geprüft.

Laboratorium fehlt.

Oeffentliche Vorträge werden nicht gehalten.

Waadt.

An der Académie de Lausanne besteht seit 1871 ein Curs über Hygieine, obligatorisch für Pharmaceuten, für den Bachelier ès sciences und für Theologen. Es wird auch darüber examinirt.

In den höheren Schulen kommen hygieinische Fragen beim Unterrichte in der Chemie, der Physiologie und der Pädagogik gelegentlich zur Behandlung.

Den hygieinischen Unterricht an der Académie gab früher Dr. *Recordon* und seit 11 Jahren ertheilt ihn Dr. *Dufour*.

Ein Laboratorium für hygieinischen Unterricht besteht nicht.

Unentgeltliche öffentliche Vorträge werden regelmässig jeden Winter von Aerzten gehalten.

Wallis.

In den Schulen werden einzelne Grundzüge der Hygieine gelehrt, besonders in den Secundarschulen, für beide Geschlechter und seit mehreren Jahren.

Der Unterricht ist mündlich, nach den Handbüchern von *Riant* und von *George*, meistens facultativ und deshalb nicht examinirt.

Ein Laboratorium oder öffentliche Vorträge über Hygieine bestehen nicht.

Canton Neuchâtel.

In der höhern Töchterschule zu Neuchâtel wird wöchentlich 1 Stunde Hygieine und Haushaltungskunde gelehrt; von 1862—1870 von Prof. *Guillaume*, seither von Prof. *L. Favre*, der ein practisches Handbuch darüber herausgegeben.

An der Knabensecundarschule von Neuchâtel wird wöchentlich 1 Stunde Unterricht in der Hygieine ertheilt. Lehrer war früher Herr Staatsrath *Roulet* und ist jetzt Prof. *Guillaume*.

Ein Laboratorium für hygieinischen Unterricht besteht nicht.

Oeffentliche Vorträge und Versammlungen zu hygieinischen Zwecken werden seit 1857 an sehr vielen Orten des Cantons, unter der Leitung der gemeinnützigen Gesellschaft und von Aerzten veranstaltet.

Voriges Jahr liess der Staatsrath an vielen Orten hygieinische Vorträge durch Dr. *Gallopin* aus Paris halten.

Schliesslich besteht auch eine hygieinische Gesellschaft.

Genf.

In den Secundarschulen für Mädchen wird Gesundheitspflege seit 10 Jahren regelmässig gelehrt, ferner an der Industrieschule und in der Ergänzungsschule der Stadt



Genf, überall obligatorisch und ohne Handbuch, und bildet auch einen Theil der Prüfungsgegenstände.

Die medicinische Schule besitzt ein neues Laboratorium und eine Sammlung für den Unterricht in der Hygieine.

In den Secundarschulen auf dem Lande ertheilt der regelmässige Lehrer diesen Unterricht; für die Universität, die Mädchensecundarschule, die Industrieschule und die Fortbildungsschule ist ein besonderer Professor der Hygieine angestellt.

Der Unterricht umfasst populäre Anatomie und Physiologie, Hygieine, Kinder- und Krankenpflege.

Oeffentliche und unentgeltliche Vorträge, sowohl amtliche wie freiwillige, werden in der Stadt und in den Landgemeinden gehalten, immer von Aerzten und im Winter.

Es hat sich auch eine hygieinische Gesellschaft gebildet, welche bereits 60 Mitglieder zählt.

So steht die Sache. Wir säen noch wenig Gesundheitspflege und ernten deshalb auch wenig Gesundheit. Die einen Schichten unseres Volkes sind noch viel zu faul und zu vornehm, die andern aber viel zu durstig und zu hungrig, um sich mit dieser socialen Frage ernsthaft zu befassen.

Und dennoch wird auch unser Volk die Hygieine verstehen und lieben, der speculativen Politik überdrüssig, mit seinem Leben und seiner Arbeitskraft haushalten lernen und, wenn auch erst unter dem Drucke der Noth, seine republikanischen Institutionen zu Ehren bringen. Es ist eine Existenzbedingung der Republik, dass sie in Wissenschaft und Leben den Fortschritt bedeute und dass ihre Sorgfalt für den Einzelnen, auch für den Geringsten, eine mustergültige sei. Die Entwicklung der Hygieine ist ein Maassstab für die sociale Stellung der Nationen und ebenso ein Maassstab für die moralische Stellung ihrer Aerzte.

Neuere Untersuchungen in Bezug auf die Thermen von Baden und deren Quellenproducte.

Mitgetheilt von Dr. **Wagner.**

Im Laufe des vergangenen Jahres war Herr Professor *Schlagdenhauffen*, Docent an der pharmaceutischen Abtheilung der Universität Nancy, so freundlich, dem Verfasser dieser Zeilen die Untersuchung der Quellenproducte der hiesigen Thermen anzubieten. Das Resultat der vorgenommenen Analyse führte zu einer theilweisen Untersuchung des Thermalwassers selbst.

Es wurden folgende Quellenproducte untersucht:

1) Concretionen, welche sich an der untern Seite des die Quellen abschliessenden Deckels, sowie an den Wänden der Quellenfassung über dem Wasserniveau ansetzen.

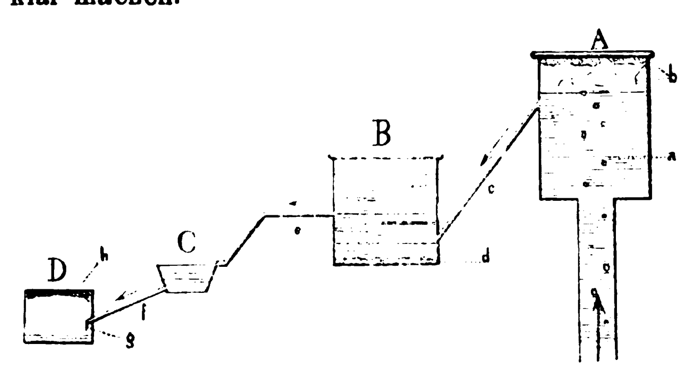
2) Feinkörniger Niederschlag am Boden der Rerservoirs, welche direct aus der Quelle gespiesen werden und die ihren Inhalt vermittelst einer Röhrenleitung an die einzelnen Badecabinete abgeben.

3) Harte graue oder grau-braune Sintermassen, die sich an den Ausflussöffnungen der einzelnen Badebassins finden, welche in einen gemeinsamen Abzugscanal münden.

4) Weiche, leicht zerbröckelnde Sinter, welche man an der Decke des ge-



meinsamen Abzugscanals findet. Beifolgendes Schema wird die Verhältnisse klar machen.



Schema des Durchschnittes (die gegenseitigen Proportionen sind der Deutlichkeit wegen willkürlich angenommen):

A Quellenschacht.

a) das aus dem Schacht aufsteigende Thermalwasser mit dem in Form von grösseren und kleineren Blasen aufsteigenden Quellengasen.[1])

b) die an dem Deckel und den Seitenwänden sich absetzenden gelben Concretionen.

B Reservoir.

c) die A und B verbindende Röhrenleitung.

d) feinkörniger Niederschlag.

e) Röhrenleitung nach den einzelnen Badebassins.

C ein Badebassin (Einzelnbad).

f) Abflussrohr.

g) Sinter an demselben (harte Concretion).

D Abzugscanal.

h) weissliche, leicht zerbröckelnde Sinter.

Schon *Loewig* hat den feinkörnigen Niederschlag d und die harten Sinter g untersucht:

	d.	g.
Kohlensaurer Kalk	96,170	95,230
Schwefelsaurer Kalk	2,340	3,009
Kohlensaure Magnesia	Spuren	0,005
Kohlensaurer Strontian	0,190	0,261
Fluorcalcium	0,600	0,723
Phosphorsaure Thonerde	0,250	0,245
Wasser	0,450	0,527
	100,000	100,000

Prof. *Schlagdenhauffen* schreibt mir nun über seine Untersuchungen folgendes:

„Les stalactites grises (g in unserem Schema), en effet, après leur dissolution dans l'acide chlorhydrique, traités convenablement, fournissent un liquide, qui soumis à l'appareil de Marsh donne un anneau arsénical très prononcé; il en est de même des stalactites blanches (h in unserem Schema) et du dépôt pulverulant (d in unserem Schema).

[1]) Die Quellengase bestehen aus:

	Staadhof:	Verenahof:	Bären:
Kohlensäure	33,33	33,33	33,33
Stickstoff	66,25	66,01	65,93
Sauerstoff	00,32	00,66	00,74
	100,00	100,00	100,00



Avec 10 grammes de stalactites grises nous avons obtenu un anneau de 0,85 mgr.

50 grammes de stalactites blanches ont fourni un de 0,7

Enfin avec 10 grammes de dépôt pulverulant l'anneau a été de } 0,35

d'ou il suit que:

100 grammes de stalactites blanches renferment 1,4 mgr. d'arsénic,
100 „ de dépôt pulverulant 3,5 „ „
100 „ de stalactites grises 8,5 „ „

or, comme les diverses concrétions des sources renferment de l'arsénic, il semble naturel d'en conclure, que l'eau elle-même doit être arsénicale.“

Ich schickte nun, um in dieser Beziehung in's Klare zu kommen, 50 Liter Thermalwasser an Professor *Schlagdenhauffen* in Nancy, worauf mir derselbe folgende briefliche Mittheilung machte:

„Dans une première expérience nous avons opéré sur le produit d'évaporation de 10 litres. Une autre a été exécutée avec les 40 litres restants.

Dans le premier cas nous avons obtenu un anneau de 0,35 mgr. et dans le second un autre qui dépassait 1 mgr. D'où nous concluons à la présence de 0,045 mgr. d'arsénic par litre ou de 0,085 mgr. d'arséniate de chaux. L'eau de Baden est donc arsénical comme celle de Schinznach. L'arsénic y existe, de même comme dans celle-ci, à l'état d'arséniate de chaux.“

Dieser Befund dürfte schon desshalb die Aufmerksamkeit des Praktikers auf sich ziehen, als die Arsenikpräparate gerade neuerdings wieder in der medicin. Literatur gegen verschiedene rheumatische Affectionen angepriesen werden. Die Thatsache, dass die hiesigen Thermen sehr günstig auf rheumatische Anæmie wirken, dürfte — falls das Wasser auch innerlich gebraucht wird — zum Theil wenigstens auf die Gegenwart des arsensauren Kalkes in demselben zurückzuführen sein. Die Aufnahme der Arsensäure in das Blut findet hier in der Weise statt, dass zwischen dem in den Magen eingeführten arsensauren Calcium und den Alcalisalzen des Blutserums (besonders den phosphorsauren) ein Austausch der Säuren stattfindet, wie ich denselben kürzlich in einer kurzen Monographie darzulegen versucht habe.

Vereinsberichte.

XXVI. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Basel.

Freitag den 25. und Samstag den 26. Mai 1883.

Präsident: Dr. *Sonderegger*, Schriftführer ad hoc: Dr. *Siebenmann*, Brugg.

(Schluss.)

In der psychiatrischen Klinik wurde zunächst von Professor *Wille* dem Wunsche mehrerer Collegen entsprechend die Einrichtung der projectirten neuen Irrenanstalt an Hand der detaillirten Pläne eingehend vorgelegt.

Sodann wurde ein Fall von schwerer Hirnstörung besprochen, dessen Anfang circa 26 Jahre zurückgreift. Patient hatte damals eine specifische Er-



krankung durchgemacht und klagte seit dieser Zeit über periodische Kopfneuralgien der linken Seite, die keiner Therapie weichen wollten und so intensiv waren, dass Patient mehrmals von Selbstmord sprach. Mitte 1881 kam der Fall zur Untersuchung zu uns, und schon damals konnte wegen Ungleichheit der Pupillen, Vergesslichkeit, eigenthümlichen, zeitweise auftretenden Sprachstörungen die Möglichkeit eines vorhandenen Tumors ausgesprochen werden. In den letzten Wochen nun haben sich die Aphasie und die Gedächtnissschwäche gesteigert; in den letzten Tagen sind Coma und Parese der rechten Körperhälfte aufgetreten, so dass jetzt mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose auf einen Hirntumor der linken Hemisphäre, wahrscheinlich specifischer Natur, gestellt werden konnte, eine Annahme, die seither durch die Obduction ihre Bestätigung gefunden hat.

Im Anschluss daran folgte die Vorstellung eines mit Aphasie complicirten Falles von progressiver Paralyse und einige Mittheilungen über das Auftreten der Aphasie bei dieser Krankheit im Allgemeinen.

Zwei Fälle von progressiver Paralyse sind insofern auffallend, als ein Patient erst Ende der zwanziger und der andere im Anfang der dreissiger Jahre steht. Dieses frühe Auftreten der Krankheit ist durch die Aetiologie erklärt, wonach bei dem Einen ein schwerer Sturz vor 9 Jahren mit nachfolgender Bewusstseinsstörung, bei dem Andern eine früher durchgemachte specifische Erkrankung vorausgingen; in letzterem Falle hat eine intensive Schmierkur zu einer (ob dauernden?) Genesung geführt.

Bei zwei Patientinnen mit Phthise und Melancholie resp. Verwirrtheit zeigt sich die eigenthümliche Thatsache, dass, so lange die Psychose in voller Entwicklung ist, der phthisische Process stille steht, d. h. es ist kein Husten, kein Schmerz, keine Temperaturerhöhung vorhanden. Sobald aber die Psychose einem geistig freiern Zustande Platz macht, treten wieder Erhöhungen der Temperatur, Husten, Auswurf, einmal sogar Hæmoptœ auf. Diesen Cyclus hatten wir bei beiden Patientinnen Gelegenheit, schon einige Male zu beobachten.

Am Schlusse wurde noch eine weibliche Kranke vorgestellt, die, an carcinoma uteri et vaginæ leidend, in letzter Zeit Symptome von acuter Verrücktheit bot. Es wurde auf die Seltenheit des gemeinsamen Auftretens von Carcinom und Psychose aufmerksam gemacht und die Pathogenese durch Carcinom erörtert. (Dr. *E. Riedtmann.*)

In der Augenheilanstalt wurde von Professor *Schiess* zuerst eine Reihe von traumatischen Cataracten demonstrirt, ein Fall von Keratitis neuroparalytica bei einem Kind, ferner ein Fall von traumatischem Ektropium, bei welchem etwa die Hälfte des unteren Lides durch eine quer im Conjunctivalsack verlaufende Narbe vollständig umgestülpt war. Am vorhergehenden Tage war bei diesem Patienten die Reposition des ektropionirten Theiles mit vollständigem Erfolg ausgeführt worden. Im Anschluss an diesen Fall zeigte Professor *Schiess* noch die Photographien eines Knaben, welcher mit ausgedehntem Narbenektropium des oberen Lides in seine Behandlung getreten war; durch zwei auf einander folgende plastische Operationen aus der Stirnhaut war auch dieser Patient vollständig geheilt worden.



Bei einer an Trichiasis und Entropium des rechten unteren Lides leidenden Patientin wurde darauf der *Græfe*'sche Becherschnitt ausgeführt.

Schliesslich werden noch an Präparaten zwei Fälle vorgewiesen, in welchen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Tumors gemacht worden war. Bei dem Einen derselben war eine plastische Iridocyklitis und Sklerektasie vorhanden, bei dem Anderen circumscripte sehnige Auflagerungen auf das Corpus ciliare. Die Tension war bei dem letztern Falle sehr vermehrt gewesen, die Iris partiell vorgetrieben, die Linse partiell getrübt. Die Tensions-Vermehrung und der charakteristische vom Glaskörper ausgehende Reflex hatten in diesem Falle einen Tumor vorgetäuscht. Ein exquisiter Fall von Buphthalmus wurde ausser diesen Präparaten noch vorgewiesen.

In dem Augenspiegelzimmer befanden sich eine Reihe seltener ophthalmoskopischer Fälle, unter welchen besonders eine Patientin zu erwähnen ist, welche innerhalb weniger Tage am linken Auge unter entzündlichen Erscheinungen vollständig erblindet war unter acuter partieller Ablösung der Netzhaut. Hierbei handelte es sich wohl um eine Thrombose der Vena centralis retinæ nebst einiger anderer Zweige der Vena ophthalmica superior.

(Dr. *Schwendt.*)

Im Kinderspital referirte Professor *Hagenbach* über die Resultate mit Jodoform, das er in einer grossen Anzahl von Fällen, von scrophulöser Ostitis, Diphtheritis der Wunden nach Tracheotomie, Lymphdrüsenanschwellung mit Vereiterungen angewendet hat. Er erhielt eine sehr rasche Heilung in den meisten Fällen. Die entschiedene antiseptische und antituberculöse Wirkung bei Abwesenheit von aller Intoxication veranlasste denselben, mit dieser Wundbehandlung fortzufahren. Zum Beweis stellte er eine Anzahl mit Jodoform behandelter und geheilter Fälle vor: Auslöfflung, partielle Resectionen, Sequestrotomien etc. In einzelnen Fällen wurde Fieber mit Auftreten von Erysipel beobachtet.

(*G. A. de Montmollin.*)

Diaconissenhaus Riehen. Eine Anzahl Collegen besuchte Samstag Morgens das Diaconissenspital in Riehen und sah sich unter der Leitung des Anstaltsarztes, Dr. *L. Courvoisier*, seine Einrichtung an, namentlich eine grössere Zahl von chirurgisch-operativen Fällen. Unter den letzteren wären besonders hervorzuheben: 1 Hüftgelenks-, 2 Kniegelenksresectionen, 1 Staphylorhaphie, 1 Osteotomia subtrochanterica, 2 geheilte Rectumcarcinome (die eine vor 1¼ Jahr operirt), eine glückliche Ligatur der Iliaca externa und eine solche der Femoralis, mehrere grosse Amputationen etc.

Zur Besichtigung der Universitätsbibliothek und der mittelalterlichen Sammlung blieb den wenigsten von denen, welche die Klinik besucht hatten, hinlänglich Zeit übrig. Dagegen concentrirten sich nun die Festgäste strebsam gegen das Bernoullianum hin. Vor diesem Wissensborn flatterten heute am Eingange eines parkähnlichen Gartens zwei eidgenössische Fahnen und unter den Bäumen wartete unser auf grünem Wiesenplan und in schattigen Laubengängen ein kühler Frühtrunk, in liebenswürdigster Weise gespendet von der basler medic. Gesellschaft.

Die Hauptsitzung begann, wie im Programm vorgesehen, wirklich präcis halb



12 Uhr. Anwesend waren anfänglich ca. 150 Aerzte, eine Zahl, die bis gegen Ende der Sitzung auf ca. 200 stieg. In den herumgebotenen Listen inscribirten sich aus Basel-Stadt 35, Bern 18, Aargau 13, Zürich 11, Luzern 7, Baselland und Neuenburg je 6, Schaffhausen 5, Graubünden und St. Gallen je 4, Solothurn, Thurgau, Freiburg je 3, Glarus 2, Genf, Zug und Obwalden je 1; ferner 2 Collegen aus dem Grossh. Baden und 1 aus Frankreich.

1. Der Vortrag unsers verehrten Herrn Präsidenten „Aerztliche Antworten auf politische Fragen“ ist in der vorletzten Nummer dieses Blattes in extenso wiedergegeben. Der Beifall, welcher der Rede gezollt wurde, zeigte von neuem, wie unübertrefflich *Sonderegger* es versteht, seinen Collegen aus dem Herzen und zum Herzen zu reden und dämmernden Ideen mächtige Gestalt, Farbe und Flügel zu verleihen. Möge sein „Evangelium, das er uns gepredigt,“ auch anderwärts die ihm gebührende Beachtung finden.

2. Es folgte der Vortrag von Herrn Prof. Dr. *Roth* „über Neuritis“ (erschien in extenso in der letzten Nr. dieses Blattes). Zahlreiche in grossem Maasstabe ausgeführte Zeichnungen, eine Reihe einschlägiger macroscopischer Präparate, sowie eine grosse Zahl sehr gelungener microscopischer Schnitte — durch den Projectionsapparat mit electrischem Licht in riesigen Dimensionen auf die Wand hingezaubert — trugen wesentlich bei zum Verständniss des interessanten Vortrages.

3. Referat über die Hülfscasse für Schweizerärzte von *A. Baader*, welcher in wenigen Worten auf seinen, allen Mitgliedern vor der Sitzung zugesandten Rapport verweist. Die Wichtigkeit der Sache habe ihn um so eher veranlasst, seine Arbeit den Mitgliedern der schweizerischen Aerztevereine zu ruhigem Studium zuzusenden, als gerade die Details, die Schilderung dessen, was unsere Collegen des Auslandes in so schöner Weise erreicht haben, maassgebend, aber auch mit Musse gelesen sein muss. Er hofft, dass die eingehende Klarlegung dieser reichen Arbeit unserer Berufsgenossen aller Nationalitäten über unsere kleinen Differenzen weghelfe, und dass die Möglichkeit des Zurückkommens auf den Modus des Württemberger Aerztevereines, wie er in Olten von Prof. *Burckhardt-Merian* befürwortet wurde, die Collegen der romanischen Schweiz auch für das Project gewinne. — Er wünscht vor Allem eine That, ein Fundament, von dem aus weiter zu bauen sei und erklärt sich mit dem Vorschlage der Aerztecommission einverstanden. Schliesslich betont er aber eindringlich, dass bei dem Werke überhaupt, vor Allem aber bei dem Systeme gänzlicher Freiwilligkeit die thätige und opferwillige Mithülfe Aller absolut nöthig sei.

An diesen Vortrag anschliessend, stellt Präsident Dr. *Sonderegger*, Namens der schweiz. Aerztecommission folgenden Antrag:

I. Das Project von Dr. *Baader* wird im Princip festgehalten als Grundlage für weitere Ausarbeitung in den cantonalen Gesellschaften. —

Wird Antrag I angenommen, so beantragt die Commission,

II. Den *Burckhardt-Merian*'schen Vorschlag, vorläufig nur freiwillige, jährliche Beiträge zu sammeln, anzunehmen und mit seiner Ausführung sofort zu beginnen, so dass schon in der Octoberversammlung dieses Jahres in Olten könnte Rechenschaft abgelegt werden über die eingegangenen Gelder.



In der Abstimmung wird I und II einstimmig angenommen und der Aerztecommission die Vollmacht ertheilt, diese Beschlüsse auszuführen.

4. Der Vortrag über die Selbstmorde in der Schweiz von Dr. *Ladame* (Dombresson) folgt in extenso; zahlreiche, ebenso ingeniös als technisch vollendet ausgeführte Curventabellen, Karten und andere graphische Darstellungen veranschaulichten plastisch das schön gesprochene Wort.

Trotz der musterhaften Geschäftsordnung und den verschwindend kurzen Discussionen war indessen der Zeiger doch schon weit über 2 Uhr hinausgerückt und im Volke machte sich immer lebhafter werdende Strömung nach der Peripherie hin geltend.

Die Evacuation nach dem Stadtcasino zum Bankett ging dementsprechend sehr rasch vor sich. Der Wirth hatte offenbar auf etwa 150 Gäste mehr gerechnet, als wirklich eingetroffen waren; daher manche Tafel nur zur Hälfte besetzt blieb. Doch genügte ein Machtwort des Präsidiums, die Secessionisten und mehrere der extremen Fractionen in die Centrumspartei hereinzuziehen und dergestalt diesem Uebelstande wenigstens hier abzuhelfen. Rauschende fröhliche Musik schmetterte uns ihren Gruss mit ungebundener Kraft aus einem Palmenhain entgegen. Und nun kamen an die Reihe die Forellen, Roastbeaf, Poulets und wie jene delicaten Speisen alle heissen mögen, die der Landarzt seinen Magenkranken nach Wiel regelmässig verschreiben sollte, die er aber auch um hohen Preis nicht einmal für sich selbst kriegt, ausser — am schweizerischen Aerztetag. Die vorgesetzten Flaschen enthielten kein bitter Tränklein und die Etiquetten — Illustrationen zur „Basler allgem. obligatorischen Krankenversicherung" und zu ihrer „Kehrseite" — boten viel Stoff zum Lachen und zum Nachdenken.

Mit dem ersten Toaste erfreute uns Präsident Dr. *Sonderegger*:

„Die Hoffnung, sie ist kein leerer schmeichelnder Wahn — Erzeugt im Gehirne der Thoren — Im Herzen kündet es laut sich an — Zu was Besserem sind wir geboren." Das war der Grundton unserer bisherigen Versammlungen. Besseres Medicinalwesen, bessere öffentliche und private Gesundheitspflege, vor allem bessere Vorsorge gegen Volkskrankheiten, das waren die Ideale, welchen wir nachstrebten, wir dürfen sie zeigen; wir waren, trotz aller Jahre und Erfahrungen, jugendliche Schwärmer für Volkswohl und auf dem uns anvertrauten Grunde gedachten wir zu „bauen ein stattliches Haus." Bei dieser Arbeit haben uns die edlen Frauen von Bern begrüsst und uns diesen Festpocal, das Sinnbild treu vereinter Kräfte, gereicht; bei dieser Arbeit haben unsere Collegen von Basel in überschwenglicher Güte mich, als den Wortführer Ihrer Bestrebungen, hier mit Gold und Ehren überschüttet.

Heute liegt der Bau, den wir angefangen, in Trümmern. Der Strahl des Jupiters tonans hat am 30. Juli 1882 nicht in den Tempel des Bacchus noch in den Tempel der Venus, sondern in das Haus des Hippokrates eingeschlagen. „Machtlos weicht der Arzt der Götterstärke, — Müssig sieht er seine Werke — Und bewundernd untergehn."

Wir sind abgebrannt, aber wir sind nicht gestorben; wir kommen wieder, wir werden wiederbauen, und das fester!

Wir werden bauen im Glauben an die Wissenschaft; sie ist viel zu gedankenreich und zu unerbittlich real, als dass sie sich auf die Dauer zu Boden schwatzen oder zu Tode schimpfen liesse. Man kann dem physiologischen Experimente, ja sogar der Anatomie den Krieg erklären; man kann die frivole Inspiration verherrlichen, den Schwindel und die Quaksalberei in allen Formen schützen; man kann die ganze ärztliche Wissenschaft als einen grossen Unsinn erklären: — sie bewegt sich dennoch! Bei der Freigebung der Praxis allerdings nur zu Gunsten der Reichen und der Gebildeten, bei geordnetem Medicinalwesen aber im Dienste des gesammten Volkes. Wir werden wieder bauen im



Glauben an unser Volk, denn es hat auf eine klargestellte Frage noch jederzeit eine klare und würdige Antwort gegeben. Wir sind ja nicht die einzigen Gescheidten in einer einfältigen Welt und wenn wir trotz unserer bürgerlichen Freiheit nicht an der Spitze der socialen Medicin marschiren, so werden wir wenigstens mitmarschiren. Wir werden wieder bauen auch im Glauben an uns selber. Noch sind wir nicht verbittert oder blasirt, noch ehren wir das wissenschaftliche Gewissen und die humane Auffassung unsers Berufes und noch betrachten wir die Incollegialität als einen wissenschaftlichen oder einen moralischen Defect.

Und auch die Hoffnung darf uns nicht verlassen, die Hoffnung, dass wir uns rächen werden an der öffentlichen Meinung, indem wir den Anklägern der Medicin Achtung vor unserm Berufe und vor unserer Arbeit abringen und erlittenen Schimpf mit Hülfsbereitwilligkeit und alter Liebe vergelten! Auf der harten Bank der Erfahrung ist schon mancher Rausch ausgeschlafen worden und auch der Jubel des 30. Juli wird seine Ernüchterung finden! Noch haben wir auf den Lehrstühlen und in der Praxis viele tapfere, für Wissenschaft und Volkswohl begeisterte Männer. Wir sind uns dessen wieder bewusst geworden beim Hinscheide des edlen Naturforschers *Peter Merian*, wie bei dem Verbleiben unsers hochverehrten Collegen *Socin*.

Die Kraft dieses Glaubens und dieser Hoffnung zeigt sich in der Geduld, in der Beharrlichkeit. Wer etwas rechtes will und weiss was er will, der ist nicht umzubringen; er kann warten, kann sich drauflos stürzen, kann wieder warten und er zürnt es der Culturgeschichte nicht, dass sie nur in Zikzaklinien vorwärts schreitet. Die Schule hat Generationen gebraucht, um auf ihre jetzige Höhe zu kommen; am Obligationenrechte haben die gewiegtesten Juristen bei 30 Jahren gearbeitet, bis sie zu dem, jetzt selbstverständlichen, Ziele gelangten — und wir Aerzte sollten das Vorrecht haben, etwas Grosses im ersten Anlaufe zu erobern!

Darum: unsern Trotz dem Weltschmerz, unsere unwandelbare Liebe dem Volke, unser „Hoch dem Glauben, Hoch der Hoffnung und Hoch vor Allem der Geduld" im Dienste des Vaterlandes! Vaterland hoch!

Dem Centralverein brachte sein Hoch der Präsident der basler medic. Gesellschaft Prof. *Kollmann*:

„Aus der Rede unseres verehrten Herrn Präsidenten sowohl bei der Eröffnung der Versammlung heute früh, als aus der soeben gehörten vermag selbst der Fernstehende, die wichtige Aufgabe kennen zu lernen, die sich der Centralverein gestellt hat. Sie Alle setzen Ihre Energie daran, die Hebung der öffentlichen Gesundheit in jeder Weise, durch Wort und That und Rath zu fördern. Sie haben heute wieder, wie schon oft, mit edler Gewissenhaftigkeit sich Rechnung abgelegt über den Gang der Arbeiten, und Vorbereitungen getroffen zu neuer Thätigkeit. Wenn damit eine Seite Ihres Programmes offen da liegt, welche allgemeinem Interesse in den weitesten Kreisen begegnet, so existirt daneben noch eine andere, die sich der öffentlichen Aufmerksamkeit entzieht: es ist dies die wissenschaftliche Seite ihrer Versammlungen. Klinische Demonstrationen, Vorträge über wichtige neue Gesichtspunkte in der Medicin werden mit demselben strengen Ernst erörtert und gehört, mit welchem man überall in der Schweiz an jede Art von Arbeit herantritt. Sie gestatten dabei dem Redner, dass er in die theoretischen Tiefen seiner Frage hinabsteige, und alle Hülfmittel der heutigen Methode sind willkommen, sobald es sich um Bereicherung des Wissens, um Gewinn neuer Erfahrungen handelt. So erscheinen Theorie und Praxis auf das engste verbunden bei Ihren Zusammenkünften, zum Ruhm für den Centralverein und zur Anregung der Theilnehmer."

Der Redner verweist dann auf die künstlerisch ausgeführte Festkarte, welche den alten Zusammenhang zwischen Theorie und Praxis symbolisch andeute, schloss mit dem wärmsten Dank für die Wahl Basels zu dem diesjährigen Versammlungsort und rief mit einem dreifachen Hoch dem Centralverein ein vivat, floreat und crescat zu.

Prof. *Kocher* (Bern) entbot uns den Gruss der medicinischen Facultät Berns und theilte mit, dass die Mitglieder der letztern heute in Bern festgehalten seien durch das Leichenbegängniss von Herrn Prof. *Valentin*. Auf seine Aufforderung hin erheben sich sämmtliche Anwesende zu Ehren des hochverdienten Verstorbenen.



Prof. *Burckhardt-Merian* gedenkt in launiger Rede des freundschaftlichen oder vielmehr „geschwisterlichen“ Verhältnisses der beiden grossen schweizerischen Aerztevereine der deutschen und welschen Schweiz und ihres stets einigen Vorgehens in wichtigen Tages- und Standesfragen und bringt sein Hoch der Société médicale de la Suisse romande.

Prof. *D'Espine* dankt den Baslern für ihren künstlerischen Empfang, indem er darauf hinweist, dass in Basel, wie grosse Namen es beweisen, Kunst und Wissenschaft stets vereint gepflegt wurden. Er erwähnt ferner die guten Beziehungen, welche schon seit lange zwischen Basel und Genf bestehen und bringt schliesslich sein Hoch speciell der Redaction des Correspondenzblattes und seiner für unsern Stand so nutzbringenden Thätigkeit.

Dr. *Paul Barth* toastirt auf seinen Lehrer, Prof. *Socin*, der, obgleich kein Freund von persönlichen Huldigungen, die freundlichen Worte verdankt; sein Hoch gilt dem „Katzentisch“ des heutigen baslerischen Familientages, der Zukunft des ärztlichen Vereins, den anwesenden Studirenden der Hochschule.

Prof. *Bischoff* toastirt auf die Sympathie, welche unsere städtischen und staatlichen Behörden, sowie die ganze Bevölkerung — die academische Gesellschaft nicht zu vergessen — für die Entwicklung unserer Krankenanstalten und für die dem medicinischen Unterrichte dienenden Institute beweisen. Auf das Wohl der anwesenden landesfremden Collegen und der deutschen Universitäten trinkt Dr. *Paul Barth*.

So folgte Rede auf Rede; und zwischen hinein spielte unsere unermüdliche Tafelmusik fröhliche Weisen. Von Zeit zu Zeit ertönte auch ein frisches Burschenlied aus jener Gegend, wo die eingeladenen Medicinstudirenden hausten.

Der dritte Act spielte im zoologischen Garten. Die Theilnehmerzahl, welche schon jetzt nur noch eine kleine war, schrumpfte nun von halb zu halb Stunden immer bedenklicher zusammen; dafür aber bestand sie natürlicherweise aus den edelsten Rittern der Gemüthlichkeit. Hier war es, wo unter nicht endenwollendem Lachen die medic. Facultäten von Basel, Bern und Zürich sich ihre Tugenden und Fehler vorhielten und wo zu aller Freude die telegraphischen Grüsse von Herrn Prof. *His* (Leipzig), Dr. *Hafter* (Frauenfeld), *Kollmann* (Solothurn) und *Picot* (Genf, im Namen der Revue médicale), eintrafen.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Präsident: Prof. Dr. *Kollmann*, Actuar: Dr. *Dan. Bernoulli.*

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli.*

Sitzung vom 5. April 1883.[1])

Unter Leitung des Alterspräsidenten: Hrn. Dr. *August Burckhardt.*

Anwesend 15 Mitglieder und 1 Gast.

Dr. *Emil Burckhardt* spricht über die Behandlung der Verkrümmung der Wirbelsäule. Wegen der Nachtheile des *Sayre*'schen Gipscuirasses ging

[1]) Erhalten 31. Mai 1883.



man neuerdings wieder zu den Hülfsmitteln der Zeit vorher zurück (*Beely*). In jüngsten Tagen legt man das Hauptgewicht wieder auf die Stärkung der Musculatur. Der Vortragende übt nach *Busch* bei Scoliotischen das active Redressement und legt dann ein *Rode*'sches enganliegendes Leinwandcorset mit Stahlschienen an. Die Controle, welche bisher mittels des *Heinecke*'schen Apparates geschah, findet jetzt mittels eines Apparates des Herrn Instrumentenmacher Walter statt, der Querschnittscontouren und Längscontouren des Körpers mit Leichtigkeit abzunehmen gestattet. Der grossartige Apparat beruht auf einem Galgen, in dem das Kind in *Glisson*'scher Schwebe hängt; zur Registrirung findet sich eine horizontal und vertical stellbare, doppelte Reihe von Stäbchen, deren Enden die Körpercontour abtasten, dann festgestellt werden und das Contourbild mittels Stiften auf ein Papier abgeben, eine Uebertragung des Principes des Kopfmaasses der Hutmacher. — Zur Behandlung der Kyphose empfiehlt der Vortragende das modificirte *Sayre*'sche Corset. — Letzteres und der Walter'sche Apparat werden vorgewiesen.

Sitzung vom 10. Mai 1883.

Festsitzung zu Ehren des 50jährigen Doctorjubiläums des Hrn. Dr. *de Welle*, abgehalten in den Räumen des Schützenhauses.

Von den Gesellschaftsmitgliedern schaarten sich etwa zwei Drittel um den Herrn Jubilar, und ausserdem fanden sich noch eine Anzahl Freunde und Mitarbeiter des Jubilars ein.

Nach Verlesung des Protokolles durch den Secretär und nach Genehmigung desselben erhebt sich das Präsidium, um auf den Zweck der heutigen Zusammenkunft hinzuweisen. Er hebt die Verdienste des Herrn Jubilars hervor, der nach der dreifachen Richtung der Aufgaben der medicinischen Gesellschaft ein leuchtendes Beispiel gewesen. Dem Glück, einen Mann zu besitzen, der 50 Jahre lang mit Ehren und Würde den Doctor trug, hat die Gesellschaft durch eine Adresse Ausdruck gegeben, welche verlesen und in hübscher Ausstattung dem Jubilar übergeben wird.

Tief gerührt dankte Dr. *de Welle* für den Beweis der Theilnahme und freute sich der jetzigen anerkannten Stellung der medicinischen Gesellschaft. Er schilderte die Zeit seiner Jugend und die mächtigen und tiefgehenden Veränderungen, die sich im Laufe der letzten 50 Jahre und vor seinen Augen im medicinischen Gebiete vollzogen.

Hierauf hält Professor *Massini* einen Vortrag über die Behandlung des Eczems. (Folgt in extenso.)

Eine Discussion findet nicht statt.

Der erste Act endet um 8½ Uhr, und man setzt sich zum Festmahl an die hufeisenförmige Tafel, wo wiederum der Präsident den Reigen der Toaste mit einer gediegenen Ansprache an den Jubilar eröffnet und demselben als Widmungsgabe seitens der medicinischen Gesellschaft ein blumengeschmücktes, sinnig verziertes silbernes Plateau überreicht. Ihm folgte Professor *Bischoff* als Decan der medicinischen Facultät, der einen Blick auf die 40jährige Wirksamkeit des Jubilars an der Hochschule als Docent der verschiedensten Fächer warf; den Dank



der Facultät übergiebt er in einer hübsch illustrirten, lateinisch abgefassten Gratulationsschrift.

Dr. *de Wette* wirft einen Rückblick auf die medicinische Facultät, wie sie in seinen Jugendjahren war, und wie er sie sich entwickeln sah. Immer lag sie ihm am Herzen, und so bringt er ihr auch jetzt sein Hoch.

Nun wurden die eingelaufenen Briefe und Telegramme berücksichtigt, und die Verlesung einer Tragicomödie aus den fünfziger Jahren, welche dem jungen Physicus *de Wette* fast zum Unheil ausgeschlagen wäre, bildete den Uebergang zu den humoristischen Schilderungen und Toasten, welche den Abend und auch den Morgen belebten, bis die Letzten der Gesellschaft aufbrachen.

Sitzung vom 25. Mai 1883.

Freitag, den 25. Mai, als der Vorabend der in Basel abzuhaltenden 26. Versammlung des ärztlichen Centralvereins, vereinigte in dem Oberlichtsaal der Kunsthalle Abends 8½ Uhr wohl an 120 Aerzte, ein gut Theil unserer Mitglieder und Gäste aus Nah und Fern (vide Protokoll des Centralvereins pag. 302).

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Präsident: Dr. *O. Haab*. Actuar: Dr. *Kaufmann*.

11. Sitzung, den 31. März 1883.[1])

I. Dr. *H. von Wyss* macht dem Vereine Mittheilung von der Eingehung des städtischen Impfinstitutes und stellt die Anfrage, ob vom Vereine aus deswegen etwas zu geschehen habe.

Nach den Voten von Dr. *Zehnder*, *Rahn-Meier* und *Haab* wird diese Angelegenheit in der letzten Semestersitzung in Berathung gezogen werden.

II. Auf den Antrag von Dr. *Rahn* und *Zehnder* wird unser Verein an das Comité der cantonalen Gesellschaft das Ansuchen stellen, eine Kundgebung der Aerzte des Cantons, bei Anlass der Referendumsabstimmung über den Impfzwang zu publiciren.

III. Vortrag von Dr. *Veraguth:* Experimentelle Untersuchungen über Tuberculose, hervorgerufen bei Kaninchen und Ziegen durch Inhalation wässriger filtrirter Lösungen tuberculösen Sputums.

Die ersten Veränderungen zeigen sich 14 Tage nach der Infection und bestehen in Aufquellen und Desquamation einzelner Alveolarepithelien, die in ihrem Plasma zahlreiche *Koch*'sche Bacillen enthalten. Bald darauf wird in die Lumina der Alveolen ein entzündliches Exsudat gesetzt, in welchem die Bacillen massenhaft sich vorfinden. Dasselbe necrotisirt bald, die Stäbchen nehmen an Zahl ab, der Herd wird von Bindegewebe abgekapselt und verkalkt, aber in der Umgebung treten unterdessen secundäre interstitielle bacillenhaltige Tuberkel auf, ebenso in den zugehörigen Hilusdrüsen und nach längerer Zeit auch im Mesenterium.

Die vorliegenden Untersuchungen sind eine Bestätigung der *Koch*'schen Theorie und beweisen, dass eine Uebertragung der Tuberculose auf dem Respirationswege möglich ist, ferner, dass es eine primäre tuberculöse Alveolitis gibt.

---

[1]) Erhalten 29. April 1883.



In der Discussion betont Dr. *Goll* die Wichtigkeit der *Koch*'schen Entdeckung für die Diagnose und Prognose der Tuberculose.

Dr. *Ernst* theilt Fälle mit von tuberculöser Infection von Ehegatten und erwähnt einiger Beobachtungen von geheilter Tuberculose.

Dr. *Meier-Hüni* beleuchtet die Wichtigkeit der Heredität als ätiologisches Moment; er glaubt, dass sie viel häufiger vorliege als man gewöhnlich annimmt, zumal nicht selten die Eltern erst in höherem Alter an tuberculösen Processen erkranken, während die Kinder vielleicht schon in der Jugend ihnen erlagen.

Schluss der Sitzung 9½ Uhr.

Referate und Kritiken.

Das Verbot der Phosphorzündhölzchen in der Schweiz und dessen Wiederaufhebung.

Von *G. Lunge*. Zürich, Cäsar Schmidt, 1883.

Der wohl einzig dastehende Fall, dass „die Regierung eines Staates der Landesvertretung die Verschärfung eines vor zwei Jahren erlassenen und noch nicht ein Jahr effectiv in Kraft getretenen Gesetzes vorschlägt und diese darauf mit völliger Aufhebung desselben antwortet, wie es mit dem schweizerischen Gesetze über Fabrikation von Phosphorzündhölzchen der Fall gewesen ist", veranlasst den Verf. zur Untersuchung, „wer denn eigentlich hier den Fehler begangen hat, die ursprüngliche Gesetzgebung, oder die eine Verschärfung beantragende Behörde, oder die Legislative, welche das von ihr selbst vor zwei Jahren gegebene Gesetz nunmehr verwirft". Aus den actengemässen Darlegungen des Verf. geht das letztere hervor; die Wiederaufhebung war ein übereilter Beschluss, hervorgegangen nicht aus unbefangener und eingehender Würdigung der Thatsachen, sondern aus der Missstimmung, zu welcher wesentlich zwei Uebelstände Anlass gegeben hatten. An Stelle der verbotenen Zündhölzchen mit gelbem Phosphor wurden nicht nur die phosphorfreien, an einer besondern mit rothem Phosphor überzogenen Reibfläche entzündlichen „schwedischen" oder „Sicherheits-Zündhölzchen" fabricirt, sondern auch Zündhölzchen, welche sich an jeder rauhen Fläche entzünden lassen. Solche ohne gelben Phosphor zweckmässig herzustellen, ist, wie Verf. des Nähern ausführt, ein bisher ungelöstes Problem. Sie sind entweder nicht leicht genug entzündlich, versagen oft oder sie sind zu leicht entzündlich, fangen zufällig Feuer. Solche „explosive" Zündhölzchen, in mangelhafter Verpackung dem Publicum dargeboten, hatten jene Unfälle zur Folge, welche besonders in der Westschweiz allgemeine Missstimmung gegen die allumettes fédérales hervorriefen.

Die Mängel der Verpackung waren schon beseitigt, der andere Uebelstand, die überall entzündlichen phosphorfreien Zündhölzchen, sollte gerade durch das vom Bundesrath neu vorgeschlagene Gesetz beseitigt werden, als der Nationalrath mit 65 gegen 56, der Ständerath mit 20 gegen 18 Stimmen das Gesetz über die Zündhölzchenfabrikation wieder aufhob, nicht im Interesse der Industrie, deren Vertreter sich meist mit dem Verbot des gelben Phosphors befreundet hatten, noch weniger im Interesse der Arbeiter, die wieder der Phosphornecrose preisgegeben sind.

Es ist ausser Zweifel, dass man in dieser Frage in nicht ferner Zeit von den schlecht unterrichteten Räthen an die besser unterrichteten wird appelliren müssen. Zu dieser bessern Unterrichtung bildet die vorliegende Schrift einen klar abgefassten Beitrag, dem wir zahlreiche Leser wünschen. *Lotz.*

Die Entzündung des Beckenbauchfells beim Weibe.

Von Dr. *J. Heitzmann*. Mit 77 Abbildungen. Wien, Braumüller, 1883.

Die erste Hälfte des über 200 Seiten starken Werkes bespricht die pathologische Anatomie der Pelviperitonitis, deren Symptome und Verlauf, Diagnose, Aetiologie, Folgezustände, Prognose und Therapie. In letzterem Abschnitte findet sich neben manchem Bekannten auch Neues. So werden die *Leiter*'schen Wärmeregulatoren an Stelle des Eises



und der kalten Umschläge empfohlen. (Ob diese Vorrichtung mit Zu- und Ablaufgefäss, die oft nachgefüllt resp. geleert werden müssen, einfacher ist als die Application der Eisblase, erscheint mir zweifelhaft, Ref.)

Um die Kälte von der Scheide einwirken zu lassen, hat *Heitzmann* Metallcylinder angewendet, in denen ein Gewirre von Röhren mit Zu- und Abflussöffnung sich befindet, durch welche das Wasser geleitet wird. Auch für das Collum hat er einen solchen Apparat construirt, der ungefähr die Form eines Intrauterinstifts hat.

Durch die gleichen Instrumente wird warmes Wasser geleitet, um Adhæsionen und Pseudomembranen, die nach Beckenbauchfellentzündung zurückgeblieben sind, zu lockern, kommt man damit allein nicht zum Ziel, so ist Massage sehr empfehlenswerth.

In der zweiten Hälfte der Arbeit findet sich eine Casuistik von 20 besonders bemerkenswerthen Erkrankungen und eine Statistik, die 200 Fälle umfasst. Den Krankengeschichten ist jeweilen eine Zeichnung des Befundes in schematische frontale und sagittale Beckendurchschnitte beigefügt, wodurch dieser Theil an Uebersichtlichkeit bedeutend gewinnt. *Gœnner*.

Meteorologische Beobachtungen

für die Stationen der Innerschweiz: Gersau, Luzern, Vitznau, Altdorf, Engelberg, Andermatt, Rigi-Kulm. Fünfjährige Mittelwerthe und Extreme 1877—1881; controlirter Auszug aus den eidg. meteorolog. Tabellen, bearbeitet von Dr. *Zeno Fassbind*, herausgegeben von J. Müller.

Die vorliegende Arbeit gibt eine graphische Darstellung der klimatischen Verhältnisse obgenannter Stationen in Monatsmitteln und Extremen. Die 7 ersten Tafeln veranschaulichen den jährlichen Gang der Temperatur jeder Station zu den 3 Beobachtungsstunden 7 Uhr Vormittags, 1 und 9 Uhr Nachmittags, sowie des Tagesmittels, der mittlern und absoluten monatlichen Extreme. In zwei weitern Figuren sind die mittlern und absoluten monatlichen Temperaturschwankungen aller Stationen zusammengestellt, die beiden letztern Tafeln veranschaulichen den jährlichen Gang des Luftdrucks. Endlich enthält eine Tabelle das den Zeichnungen zu Grunde liegende Zahlenmaterial; dieselbe gibt auch Auskunft über die Feuchtigkeits-, Bewölkungs- und Regenverhältnisse jener Orte. Da sämmtliche Beobachtungen den nämlichen Jahren entstammen und mit übereinstimmenden Instrumenten gewonnen sind, so dürfen die Resultate als unter einander vergleichbar gelten. Die ganze Anordnung des Materials ist deutlich und übersichtlich, dagegen hätten die Zeichnungen etwas genauer ausgeführt werden dürfen, die Temperaturen unter Null sind mehrfach um einen vollen Grad zu hoch eingezeichnet. Immerhin wird die Arbeit Jedem gute Dienste leisten, der sich über die klimatischen Vorzüge [1]) der einzelnen Orte unterrichten will. *R—ch.*

Cantonale Correspondenzen.

Zürich. Impfen. Seit zehn Jahren habe ich vorherrschend mit F a r r e n - l y m p h e und g e m i s c h t e r L y m p h e (Farren und erste Abimpfung) Impfversuche angestellt und habe dabei einige Erfahrungen gemacht, die Ihre Fragen in Nr. 12 theilweise beantworten.

Die Farrenlymphe, die ich theils von Schaffhausen, theils von St. Gallen bezog, wirkte so unsicher, dass ich gezwungen war, dieselbe mit humanisirter Lymphe erster Abimpfung zu mischen, die ich meist von St. Gallen bezog, und zwar hatte diese Mischung zu gleichen Theilen vollständigen Erfolg, wie sie die rein humanisirte immer hat, wenn sie frisch ist.

Bei den Versuchen mit reiner Farrenlymphe geschah es nun häufig, dass sich bloss eine oder zwei Pusteln entwickelten auf einem Arm, während der andere frei blieb.

---

[1]) Für Mediciner am wichtigsten erschien uns die letzte der Tabellen, wo man sieht, wie oft es z. B. im April an den Frühlingsstationen geschneit hat. Leider nur für 1881 ist der Nebel angegeben: Gersau ganz auffallend frei (wohl mehr als Zufall), Engelberg für jenen Sommer besser als sein Ruf.

Windstärke (vielleicht das Allerwesentlichste) und Windrichtung und Zahl der Föhntage fehlen. Redact.



Ich öffnete hierauf am ersten Tage die vorhandene Pustel und impfte daraus den andern Arm, als ob er gar nicht geimpft gewesen wäre und hatte jedesmal vollständigen Erfolg, aber allerdings die doppelte Mühe, das Kind den doppelten Schmerz und die Mutter die doppelte Angst!

Mit gemischter und humanisirter Lymphe kam ich nicht in Fall, Kontrolversuche zu machen, weil ich dabei keine derlei Misserfolge zu verzeichnen hatte. Die Versuche mit reiner Farrenlymphe habe ich fast jedes Jahr wiederholt, aber auch jedesmal mit Misserfolgen, die mich zwangen, zur Mischung zu greifen, wenn ich nicht den Credit als Impfarzt ganz einbüssen wollte. *J. H. Fiertz*, Med. Dr.

Luzern. Dr. Franz Brun, Amtsarzt in Luzern, geboren 1833 im Luzerner Hochlande, in Schüpfheim, † 7. Juni. Ein liebenswürdiger und geistesfrischer College, erlag er einer Drüsentuberculose im noch kräftigen Alter von 49 Jahren. Seine Frohnatur und sein Wissensdrang liessen den Wunsch seiner frommen Eltern und Gönner nicht in Erfüllung gehen: er ward weder Welt- noch Klostergeistlicher, sondern ein hochbegabter, eifriger Mediciner. In Basel, München, Wien und Prag holte er sich sein Berufswissen und kehrte nach bestens bestandenem Staatsexamen, 1862, in seine schöne Bergheimat zurück. 1865 siedelte er aber nach Luzern über, wo er eine Zeit lang eifrig Homöopathie trieb, meinend, den Stein der Weisen gefunden zu haben. Der Wahn währte nicht zu lange; er hatte eine viel zu gründliche und eklektische Geistesanlage und Naturanschauung, um an einem phantastischen Berufsnihilismus Gefallen zu finden. Einer Specialität gab er sich aber immer mit Vorliebe hin. 1871 gründete er das römisch-irische Bad, ein Schmerzenskind bis auf unsere Tage. In den letzten zwei Jahren warf er sich, trotz zunehmender Schwäche und Abmagerung mit jugendlichem Eifer auf das Studium der Electrotherapie und installirte sich mit den neusten electro-galvanischen Apparaten, die er leider nicht mehr verwerthen konnte. Der hingeschiedene College erfreute sich in Luzern einer guten und ausgedehnten Praxis und war von seinen Patienten seines humanen und tactvollen Benehmens wegen sehr beliebt. Als hochbegabter, verständnissvoller Musiker, als allezeit heiterer und anregender Gesellschafter und uneigennütziger Freund mit feinem, urbanem Benehmen und stets offener Hand für fremdes Leid, erwarb er sich in jeder Gesellschaft stets Liebe und Anerkennung. — Ruhe im Frieden, theurer Freund und College! *K–ch.*

Briefe von der deutschen Ausstellung für Hygieine und Rettungswesen.

Von Dr. *Gustav Custer* in Rheineck.

II.

Schon an dem internationalen Wettkampfe in Brüssel vom Jahre 1876, alles dasjenige zusammenzustellen, was des Menschen Edelsteine, Gesundheit und Leben, intact zu erhalten, sowie zu freudigem Schaffen und ehrbarem Genusse zu verlängern vermag, hatte nach allgemeinem Urtheil Deutschland die übrigen Völker geschlagen. Die diesjährige erste deutsche Ausstellung für die beiden grossen Gebiete der Hygieine und des Rettungswesens könnte hinsichtlich Reichhaltigkeit und Gediegenheit der Objecte mit einer internationalen erfolgreich concurriren. Ausser Deutschland haben sich besonders Oesterreich und Ungarn betheiligt; die Schweiz ist nur durch einige wenige Aussteller vertreten. Der Catalog weist gegen 1900 Nummern in sechs grossen Abtheilungen auf. Der ebenso interessante, mannigfaltige als practisch bedeutsame Stoff zerfällt in 34 Gruppen und beschlägt die Capitel: Forschung und Unterricht in Gesundheitslehre und Gesundheitstechnik, Ernährung und Diätetik, Hygieine der Mutter, des Säuglings und ältern Kindes, Schulgesundheitspflege, Kleidung und Sorge für Hautreinigung, humanitäre Anstalten, Wohnungspflege vom sanitären Standpuncte, Volkskrankheiten, Militär- und Marinehygieine, Leichenwesen, Reinhaltung von Boden (worunter besonders die Fragen der Abfuhr und Canalisation), Heizung und Lüftung, Wasserversorgung, Gewerbehygieine. Ausführliche Berücksichtigung haben auch die Verhütung von Schädigungen der Gesundheit und des Lebens durch den Verkehr zu Land und zu Wasser, sowie Schutz- und Rettungswesen gegen Feuer, Blitz, Explosionsgefahr und Wassersnoth gefunden.

Das immense Material, zum Theil in geschmackvollster und reichgeschmücktester Anordnung sich präsentirend, ist in Collectiv- und Einzelausstellungen gesondert. Die



ersteren wurden besonders durch die Ministerien deutscher Staaten (zumal Preussens), durch eine grosse Anzahl deutscher Städte und Vereine veranstaltet.

Das schöne Werk ist in seinen Hauptschätzen diesmal nicht in einer hölzernen Baute untergebracht, welche das letzte Jahr so jählings ein Raub der Flammen geworden ist, sondern ein architectonisch sehr gefälliger, aus Eisen, Glas und Wellblech construirter, mit Kuppeln gekrönter Palast nimmt die reiche und werthvolle Sammlung auf, die in manchen Objecten das ehrendste Zeugniss eines Riesenfleisses an den Tag legt. Auf einem weiten, tiefer als die Strasse gelegenen Terrain in Form eines fast gleichschenkligen Dreiecks, an der Grenze zwischen Berlin und Moabit, im Nordwesten der rapide sich vergrössernden Stadt befinden sich sowohl das Hauptgebäude als die Einzelbauten. Ersteres ist in mehrere quadratförmig gegliederte Längsbauten eingetheilt, die letztern bestehen aus vielen kleineren und grösseren Pavillons, Zelten, Trinkbuden mit den verschiedenartigsten zum Theil sehr originellen Gegenständen. Der das Ausstellungsgebiet mitten durchschneidende lange Viaduct der imposanten Stadteisenbahn ist in seinen Bogendurchgängen in sehr erfinderischer Weise für die Zwecke des Unternehmens dienstbar gemacht worden. Für abwechslungsvolle, hygieinisch nicht zu unterschätzende Augen- und Ohrenweide ist durch mannigfaltige Gartenkünste, liebliche Blumenbeete, grünende Rasen und Baumgruppen, kühlende Fontainen, Teiche und mehrere prächtige Musikcapellen gesorgt, welche namentlich Abends ein sehr fashionables Publicum mit höchsten und allerhöchsten Herrschaften herbeilocken.

Auch die Hygieine des Magens, der ja nach einem von Friedrich dem Grossen entlehnten Spruche am Carnepurapavillon das Fundament des Menschen bildet, findet durch alle möglichen Specialitäten eines musterhaften Wirthschaftsgewerbes, vom eleganten Wienercafé mit schwärzestem Mocca und feinster Mélange, vom hochfeinen Restaurant, in welchem ein Pokal Hopfengebräu eine Mark kostet, bis zur Weissbierschenke, die eingehendste und absolut nothwendige Berücksichtigung, um den von anhaltendster Besichtigung ermüdeten Organismus mit neuem Spannkraftmaterial zu laden.

Eine mit dem Genfer Kreuze geschmückte Statue der Hygieia schmückt das Hauptportal, durch das wir, an der Büste der Kaiserin, der hohen Protectrice des Unternehmens, vorbei, hindurchtreten, um sofort durch die überaus reichhaltige Collectivausstellung der Stadt Berlin gefesselt zu werden. Dass diese Grund genug hat, um für ihre 1,200,000 Bewohner öffentliche Hygieine zu treiben, und dass sie es mit dieser hochwichtigen Aufgabe ernst nimmt, das beweist uns jedes Stück der städtischen Sammlung, selbst wenn wir von den eine so verschiedene Beurtheilung erlittenen, bislang ausgeführten Canalisationswerken absehen. Die wie kaum eine andere Grossstadt der Welt in verhältnissmässig kürzester Zeit aufgeblühte Metropole des deutschen Reiches hat die Ehre des Ausstellungsortes in höchstem Maasse gerettet und sowohl auf dem Gebiete der Gesundheits-, Sterblichkeits- und Socialstatistik als auf sämmtlichen Feldern der publiken Sanitätspflege eine Fülle der werthvollsten Gegenstände nach einem Specialcataloge geliefert. Die dringende Aufforderung, für seinen öffentlichen Gesundheitszustand noch immer grössere Opfer zu bringen und denselben fortlaufend zu verbessern, hat Berlin in seiner hohen jährlichen Sterblichkeit; betrug doch diese im Durchschnitte der Periode 1870—1880 fast 31‰! Die neueren, grossartigen Sanitätswerke, vor Allem die Wasserversorgung und die Canalisation haben auch bereits auf die Hebung des Gesundheitsstandes der Berliner Gesammtbevölkerung günstig eingewirkt. Aus den Tabellen über die Absterbeordnung je nach der Wohlhabenheit und dem Einkommen ersehen wir hier wie überall die schlimme Wirkung des Pauperismus auf die menschliche Lebensdauer. Während die Reichsten nur einen jährlichen Tribut von nicht einmal 15‰ dem Hades opfern, steigt der Verlustconto der öconomisch auf der untersten Sprosse Stehenden auf 41—42‰! Von ähnlich ungünstigem Einflusse erweist sich in der Kaiserstadt wie in der Arbeiterhütte die Bevölkerungsdichtigkeit, von deren verderblichen Folgen für Gesundheit und Leben unseres Geschlechtes schon der Vater der Bevölkerungsstatistik, *Süssmilch*, zu berichten wusste. Instructiv sind die Modelle von Schulen, Krankenanstalten, Gefängnissen. Das grossartige in Plötzensee hat Raum für 1200 erwachsene und 100 jugendliche Verbrecher, und ist eines der grössten Etablissements der neuern Zeit, welche in Deutschland für den Zweck des Sträflingswesens entstanden sind. Durch die Trennung der Gefangenenhäuser kamen verschiedene Heiz- und Ventilationssysteme in Anwendung. Am besten bewährte



sich die Heisswasserheizung; die hiezu gehörige Ventilation geschieht durch Aspiration mittelst Schlote, welche neben dem stark erwärmten Rauchschornstein liegen und zudem von Heisswasserspiralen und Gasrosten besonders erhitzt werden.

Der im März 1881 eröffnete umfangreiche Centralviehmarkt und Schlachthof von Berlin wird durch ausführliche Modelle und Pläne veranschaulicht. Zu ihm gehören eine besondere Viehbörse, eine Desinfectionsanstalt, Canalisation. Die Canäle führen die Abflussstoffe nach den städtischen Rieselfeldern. Täglich erhält die Gesammtanlage 700,000 Liter Wasser. Ganz isolirt von dem übrigen Complexe befindet sich ein Seuchenhof für seucheverdächtiges Vieh. Die mit dem Bahnhofe verbundenen Desinfectionsgeleise sind wohl canalisirt. Für die macro- und microscopische Fleischuntersuchung, zu deren Illustration eine ganze Serie von Präparaten und microphotographischen Bildern über die wichtigsten Krankheiten des Schlachtviehes in Glasschränken und unter Microscopen ausgestellt ist (Actinomycose, Leber mit Distomum hepaticum, Trichinen, Finnen, Tuberculose des Rindes, Echinococcus etc.) functioniren 30 Probenehmer; für die Trichinenschau allein 89 Microscopiker, welche das Material einer Tagesschlachtung von 1500—1600 Schweinen zu bewältigen haben. Seit der Einführung der Trichinenschau hat die Trichinose unter der Berliner Bevölkerung plötzlich und sehr erheblich abgenommen.[1]) Noch in den Jahren 1878 und 1879 erkrankten nach den beim Polizeipräsidium gemachten Meldungen an Trichinose in der Stadt 172 Personen; für Jeden, welcher nach jener Zeit ein Schwein schlachtete oder schlachten liess, existirte die Verpflichtung der microscopischen Fleischbeschau. Von Ende October ab kam im Jahre 1879 nach Inkrafttreten jener Verordnung kein Fall von Trichinose mehr vor, im Jahre 1880 ist zweifellos nur eine angezeigte Infection eines Hausstandes von 9 Personen. Dieselbe war mit grösster Wahrscheinlichkeit auf von auswärts eingeführte Wurst zurückzuführen. Interessant ist das Factum, dass ein Schlächtergeselle, der zum Beweise, dass er „nicht an Trichinen glaube", ein Stückchen eben vom Fleischbeschauer als trichinös nachgewiesenen Fleisches roh verschluckt hatte, schwer an Trichinose erkrankte. Bei den von den Schlächtern vor Erlass der obligatorischen Trichinenschau privatim veranlassten Untersuchungen wurden auch in den amerikanischen Schinken und Speckseiten sehr häufig Trichinen constatirt, obgleich die betreffenden Fleischwaaren meistens mit einer Marke, wonach sie in Hamburg untersucht und trichinenfrei befunden sein sollten, nach Berlin gelangten. Im Jahre 1878 kamen 76 Fälle vor, in denen amerikanische Schinken oder Speckseiten als mit jenen gefährlichen Parasiten behaftet befunden wurden. Neben der Untersuchung der Schlachtschweine auf Trichinen ergab sich noch der Vortheil, dass dabei eine grosse Menge finniger Schweine entdeckt und confiscirt werden konnten. Die Untersuchungsgebühr für ein Schwein beträgt 1 Mark, von welcher die Hälfte zur Honorirung der Microscopiker verwendet wird. Wie viel Berlin durch den erst am 1. April dieses Jahres eingeführten vollen Schlachtzwang gewonnen hat, bewies der antihygieinische Zustand der nunmehr eingegangenen Privatschlächtereien, oft in engen frequenten Strassen mit mangelhaftem Abfluss; die Rinderpest begann ihr unheimliches Werk, die Trichinenkrankheit verbreitete sich immer mehr, so dass eine Regelung dieser schlimmen Zustände ein absolutes sanitätspolizeiliches Bedürfniss wurde.

(Fortsetzung folgt.)

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Hülfskasse für Schweizerärzte.** Wir machen darauf aufmerksam, dass die Circulare zum Unterzeichnen der freiwilligen Beiträge unterwegs sind, und dass der Rechner, Dr. *A. Baader*, jederzeit die Spenden in Empfang nimmt.

— **Das Epidemiengesetz im Nationalrathe.** Bezüglich Ihrer jüngsten Notiz über die Behandlung des Epidemiengesetzes (Corresp.-Blatt Nr. 13) im Nationalrathe bin ich im Falle, für Fernerstehende einige Notizen zur Aufklärung hier zu ver-

[1]) V. Prof. *Skrzeczka*, Generalbericht über das Medicinal- und Sanitätswesen der Stadt Berlin in den Jahren 1879 und 1880, welchen wir neben dem hygieinischen Führer durch Berlin von Dr. *P. Börner* vielfach benutzten.



öffentlichen, ist es mir doch begegnet von Collegen quasi eines mindern Muthes geziehen zu werden, weil ich am 18. meine Motion zurückgezogen hatte.

Die Sache verhält sich nämlich so: Vor Beginn der Sitzung erklärte mir Bundesrath Dr. *Deucher*, er sei vom Bundesrath beauftragt, meine Motion zu bekämpfen; genannte Behörde habe die Frage in ihrem Schoosse behandelt und sei zu der einstimmigen Ansicht gelangt, die Vorlage eines Epidemiengesetzes auch ohne Impfzwang sei zur Zeit nicht opportun, da ein nochmaliger Referendums-Sturm mit consecutiver Verwerfung zu befürchten sei; die Welschen hätten das Seuchengesetz nicht wegen der Impfartikel verworfen, sondern der dortige Kampf habe dem ganzen Gesetze gegolten, da unsere confrères de la Suisse romande sich derartige eidgenössische Eingriffe in ihre so hoch gehaltene Cantonal-Souveränität nicht gefallen lassen — kurz, die Ausssichten für ein Epidemiengesetz seien schlecht und der Bundesrath winke ab!

Unter solchen Verhältnissen hielt ich es im Interesse der Sache für das Gerathenste, die Motion für einmal zurückzuziehen, um selbe später — jedenfalls aber noch vor Ablauf unserer Amtsdauer — im Rathe neuerdings zur Sprache zu bringen. Zudem wollte ich den Gegnern des Epidemiengesetzes die Freude nicht machen, dass *Deucher* und ich, die wir unanimiter vorher für dasselbe eingestanden waren, nunmehr einen oppositionellen Standpunkt einnehmen sollten.

Dass die Motion von meinem Freunde, Nationalrath *Forrer*, der es mit der Sache gut meinte, wiederaufgenommen resp. festgehalten wurde, habe ich umsomehr bedauert, als eine Ablehnung von Seite des Rathes sicher vorauszusehen war, und damit das Tractandum für längere Zeit begraben schien.

„Doch das Schicksal schreitet schnell!" Wer hätte gedacht, dass die gleichen Herren Nationalräthe, die am 18. Juni das Eintreten auf ein Epidemiengesetz so vornehm ablehnten mit der Motivirung, dasselbe sei nicht opportun, weil gegenwärtig doch keine Epidemien herrschen, am 4. Juli schon mit folgender Interpellation betreffend Vorkehren gegen die Cholera aufrücken würden:

„Welche Schritte gedenkt der Bundesrath zu thun, damit für unser Land rechtzeitig die nöthigen prophylactischen Massregeln gegenüber der herannahenden Cholera-Epidemie getroffen werden?"

Unterzeichnet waren 12 Mitglieder des Nationalrathes, wovon 3 am 18. Juni nicht anwesend waren, die übrigen 9 jedoch Alle für Abweisung des Epidemiengesetzes gestimmt hatten!

Erkläre mir, Graf Oerindur, diese Aenderung der Natur!

Die Interpellation wurde von Oberst *Meister* von Zürich hauptsächlich unter Hinblick auf die drohenden Schädigungen der Landes-Ausstellung begründet und von Bundesrath *Deucher* in dem Sinne beantwortet, dass nach Artikel 2, 31 und 69 der schweiz. Bundesverfassung dem Bunde sanitätspolizeiliche Massregeln gegen Epidemien und Viehseuchen reservirt seien; der Bundesrath werde sich im concreten Falle an das s. Z. im Rathe beschlossene — vom Volke freilich verworfene — Epidemiengesetz halten und werde es an den nöthigen prophylactischen Massregeln überhaupt nicht fehlen lassen.

Damit erklärten sich die Interpellanten zufrieden gestellt und Discussion im Rathe darf keine stattfinden, sonst wäre die zwar etwas malitiös klingende Frage am Platze gewesen: „Ob im Bundesrath immer noch einstimmig die Ansicht herrsche, die Vorlage eines Epidemiengesetzes sei zur Zeit nicht opportun!?"

Die Intervalle vom 18. Juni bis 4. Juli beträgt zwar blos 16 Tage, aber wie schnell sind die Ansichten im Nationalrathssaale — und wohl auch im Bundesrathe! — andere geworden!

„Tempora mutantur et nos mutamur in illis!" Man sollte mit Abstimmungen über Epidemiengesetze immer warten können, bis sich irgend eine Ruthe am Himmel zeigt, das klänge anders und wenn zufällig einmal die Blattern uns wieder einen Besuch abstatten wollen, dann wird wohl vom eidgenössischen Verein oder gar vom Collegen *Scheuchzer* eine ähnliche Interpellation losgelassen werden! *Bruggisser.*

Basel. Zur Schutzkraft der Thierlymphe bei ganz unbedeutender Entwicklung von Pusteln kann ich Ihnen auf Ihren Wunsch (Corr. Bl. 1883. Nr. 12, p. 315) folgenden Fall mittheilen:



Gustav F. geboren im Mai 1878 wurde am 12. October 1878 im Schlachthause in Basel mit Farrenlymphe geimpft. Ich notirte: „nicht gefasst," weil nur eine einzige kaum halb-erbsengrosse Borke (nicht Pustel) entstand, die schon am 8. Tage mit Hinterlassung einer damals rothen Stelle abfiel. Später zeigte sich dieselbe Stelle durch ihren weissen Glanz als Narbe. Der Knabe wurde am 7. November 1879 zum zweiten Mal mit Farrenlymphe geimpft; kein Erfolg. Die dritte Impfung wurde am 13. Juni 1883 vorgenommen; dies Mal mit humanisirter Lymphe direct vom Arm eines halbjährigen Kindes; der Erfolg war abermals negativ. Zwei Erwachsene vom selben Kinde revaccinirt bekamen grosse Pusteln.

Ich corrigire desshalb mein „nicht gefasst" in „gefasst" und begnüge mich mit einer einzigen Borke und erbsengrossen Narbe, da eine zweite Farrenlymphe und eine Kinderlymphe sich noch 5 Jahre später als unwirksam erwiesen. Dr. *Fiechter*.

Zürich. Universitätsjubiläum. Die Hochschule Zürich feiert am 2. und 3. August d. J. ihr fünfzigjähriges Jubiläum, für welches der academische Senat, mit Genehmigung des Erziehungsrathes, das Programm festgesetzt hat wie folgt:

2. August, 9 Uhr: Versammlung beim Polytechnicum; Ordnung des Festzuges. 9½ Uhr: Hauptfestact im Grossmünster. 2½ Uhr: Begrüssungsact im Rathhause. 4½ Uhr: Festmahl im grossen Tonhallesaal, nachher Unterhaltungs-Concert auf dem Festplatz bei der Tonhalle.

3. August, 10 Uhr: Concert des Studentengesangvereins. 3 Uhr: Fahrt nach der Ufenau. 10 Uhr: Grosser Commers in der Festhalle auf dem Tonhalleplatz.

An alle ehemaligen Studirenden der Hochschule ergeht hiemit die freundliche Aufforderung und Einladung: Macht Euch für den 2. und 3. August los von Geschäft und Beruf, kommt herbei und feiert diese Tage als Ehrentage der Academia Turicensis! Das Sichwiederfinden der alten Studiengenossen, das Wiedersehen von Lehrern und Schülern, die Festgemeinschaft von Jung und Alt wird unser Jubiläum erst zu dem machen, was es in Wahrheit sein soll: Zu einem grossen Familienfeste der Alma mater und ihrer Söhne von fern und nah, von einst und jetzt.

Damit wir unsere Festanordnungen zu rechter Zeit und in gehöriger Weise treffen können, ersuchen wir die früheren Commilitonen, uns ihren Entschluss zur Theilnahme wo möglich bis zum 21. Juli durch eine an die unterzeichnete Commission adressirte Postkarte kundgeben zu wollen.

Der Preis einer Festkarte, die zur Theilnahme an allen obenerwähnten Festlichkeiten mit Ausnahme des Begrüssungsactes (für welchen wegen beschränkten Raumes nur eine kleine Zahl von Eintrittskarten ausgegeben werden kann) berechtigt, ist auf 12 Franken festgesetzt worden. Auf Anmeldungen mit dem Beisatz „wünscht Zusendung der Festkarte" werden letztere nebst Zubehör (Festzeichen, Billete für Concert, Seefahrt u. s. w.) vom 15. Juli an gegen Postnachnahme versandt; ebenso können dieselben vom genannten Tage an beim Universitätspedell und unmittelbar vor dem Feste, d. h. vom 30. Juli bis 1. August, auf unserm Wohnungsbureau im Bahnhofe bezogen werden.

Zürich, den 22. Juni 1883. Die Festcommission.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. Juni bis 10. Juli 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Masern 1 Anzeige aus Kleinbasel. — Rötheln 2 vereinzelte Fälle. — Varicellen 5 Anzeigen aus verschiedenen Stadttheilen. — Scharlach 11 Erkrankungen (7, 15, 19), wovon 4 in Kleinbasel. — Diphtherie 7 Erkrankungen (10, 8, 7). — Typhus 13 Fälle (6, 12, 4), wovon 9 in Grossbasel, 1 von auswärts importirt. — Erysipelas 2 Anzeigen aus Kleinbasel (4, 9, 6). — Pertussis spärliche Anzeigen aus verschiedenen Districten. — Icterus 1 Anzeige (7, 1).

Briefkasten.

Herrn Dr. *M.* in B.: Das ***Album des ärztlichen Centralvereines*** liegt bei Dr. *A. Baader*, an den die Photographieen, besonders auch verstorbener Collegen, zu senden sind. Freundl. Gruss. — Herrn Prof. *Pf.* in Bern: Das Programm für d. ordentliche Sommerversammlung der med. chirurg. Gesellschaft des Kantons Bern, welche Samstag den 21. Juli in Magglingen stattfinden soll, kam erst nach Schluss dieser Nr. in unsere Hände.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 15. XIII. Jahrg. 1883. 1. August.

Original-Arbeiten.

Ein Fall von Meningitis tuberculosa.

Von Dr. **Caspari** von Moscau.

M. Maksimoff, 14 Jahre alt, aufgenommen den 29. September 1882, gestorben den 24. October. Krankheitsdauer ca. 28 Tage. Der Knabe ist Schüler in der Feldscheererschule, intelligent, sehr kräftig gebaut, fieberlos, von blühendem Aussehen und gibt an, bis vor 2 Monaten stets gesund gewesen zu sein. Zu der Zeit (Juli), nach einem kalten Bade, bekam er Schmerzen im rechten Ohr mit Ohrensausen, welche aber schon einen Tag darauf unter Auftreten von mässigem Ohrenfluss aufhörten; einige Tage später verschwand Letzteres spurlos und der Knabe fühlte sich wieder ganz gesund. Eine Woche vor seinem Eintritt in's Spital will der Pat. während einer Turnübung mit der linken Kopfseite an die Wand geschleudert worden sein, verlor auf einige Minuten das Bewusstsein, raffte sich dann aber wieder auf und gibt mit aller Bestimmtheit an, durchaus keine Schmerzen und Schwindel weder unmittelbar nach dem Vorfall, noch die ersten Tage darauf gespürt zu haben; er fuhr auch fort, in der Schule fleissig zu arbeiten. Erst vor drei Tagen (26. September, also 4 Tage nach dem Unfall), stellten sich, während einer Section, plötzlich starke Schmerzen in der linken Schläfe, nebst Schwäche und Krämpfe in den Fingern der rechten Hand ein; nach einigen Stunden verloren sich Schmerzen und Krämpfe, die Schwäche blieb aber zurück und die Sprache wurde undeutlich. Da in den folgenden Tagen keine Besserung eintrat, so wurde der Knabe auf meine Abtheilung gebracht. [1])

Status. Pat. ist fieberfrei und bei vollem Bewusstsein. T. 37, P. 66, R. 24. Am Kopfe nicht die geringsten Spuren einer Verletzung, keine Geschwulst, keine Sugillation, keine Knochendepression nachzuweisen; Palpation und Percussion des Schädels schmerzlos. Gesichtsausdruck sehr ruhig, aber durchaus nicht apathisch. Die einzige Klage des Pat. bezieht sich auf dumpfen, sehr mässigen Schmerz in der Gegend über dem linken Ohr. Bei Bewegungen mit dem Kopf nimmt der Schmerz nicht zu, kein Erbrechen, kein Schwindel; in den Augen nichts, nur ist Druck auf den linken Augapfel etwas empfindlich; Pupillen mittelweit, zeigen keine Differenz, Reaction normal. Der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer als der linke. Auf alle Fragen antwortet der Pat. mit grosser Präcision, aber die Articulation hat wesentlich ge-

[1]) Erst am Tage der Section wurde von der Mutter des Pat. ermittelt, dass er schon vor mehreren Monaten an kurzen Anfällen von Kopfschmerz und Krämpfen der rechten Hand gelitten habe.



litten; die Sprache ist undeutlich, stammelnd, einzelne Worte werden scandirend ausgesprochen, es ist aber weder Aphasie noch Amnesie vorhanden. Die Zunge wird gerade vorgestreckt, die Seitenbewegungen sind etwas plump. Rechter Arm paretisch, besonders die Hand; die Finger bewegt er auffallend langsam; die übrigen Extremitäten vollkommen frei. Sensibilitätsstörungen durchaus nicht zu constatiren; Reflexe normal, Sphincteren gesund, Appetit ausgezeichnet, Stimmung nicht deprimirt, in Brust- und Bauchorganen nichts.

4. October. T. 36,7—37,0, P. 60, R. 24. Urinmenge in 24 Stunden 660 (1040), kein Zucker, kein Eiweiss. Pat. ist über diese Tage sehr apathisch geworden, klagt aber nicht mehr über Kopfweh; Appetit gut, geht längere Zeit im Zimmer auf und ab, ist aber sehr still und antwortet ungern; die Articulation schlecht wie früher, die Bewegungen der rechten Hand sehr schwerfällig, in den Fingerspitzen etwas Ameisenkriechen.

8. October. T. 36,5—37,0, P. 56, R. 24. Urin 330 (1030), keinerlei Klagen, Druck auf beide Augapfel schmerzhaft, Zungenspitze weicht etwas nach rechts, Bauch eingezogen, keine Roseola, Milz nicht vergrössert, in Herz und Lungen nichts nachzuweisen, Pupillen mässig erweitert, Reaction träge, keine Spur von Muskelspannungen und Hyperæsthesie an den Extremitäten.

10. October. Leichter Kopfschmerz links; gestern zum ersten Male Erbrechen; sehr theilnahmslos und schläfrig.

11. October. T. 37,2, P. 64—48, R. 24. Somnolenz bedeutend zugenommen; Pat. kann noch auf und ab gehen, sich selbst überlassen aber legt er sich sogleich hin und schlummert; die Sprache wird immer undeutlicher. Gestern zweimaliges Erbrechen; kein Strabismus, keine Contracturen, Appetit gut, von Zeit zu Zeit lautes Stöhnen.

12. October. Abendtemp. 38,3, P. 72, R. 26. Kopfschmerz links von $^1/_2$stündiger Dauer, im Uebrigen wie gestern.

13. October. T. 38,1 im Rect. gemessen. P. 60, R. 24. Gesichtszüge verfallen, schlummert fortwährend, verlangt aber selbst zu essen und setzt sich noch auf den Stuhl zum Laxiren. Bauch stark eingezogen, Spannungen an beiden Oberextremitäten, aber keine Nackenstarre. Heute früh einmaliges Erbrechen, Schmerz in der linken Schläfe, keine Hyperæsthesie der Muskeln, Druck auf beide Augäpfel sehr empfindlich, Pupillen weit, Reaction träge, kein Strabismus.

14. October. T. 38,2, P. 60 dikrot, R. 39. Urin 660 (1015). Sensorium stark benommen, antwortet sehr ungern; man versteht kaum, was er spricht, aber keine Aphasie. D i e M u s k e l n a l l e r v i e r E x t r e m i t ä t e n u n d d e s N a c k e n s g e s p a n n t u n d h y p e r a e s t h e t i s c h. Die Augenuntersuchung (Prof. *Maklakoff*) zeigt: Papille elevirt, die Contouren nicht verwischt, die Venen stark gefüllt und geschlängelt.

16. October. T. 39,0, P. 100—64, R. 28. Urin 330 (1015), kein Eiweiss. Milz nicht vergrössert. Patient ist sehr aufgeregt, stöhnt und schluchzt laut, ruft mitunter die Wärterin, um sich ein Stück Brod geben zu lassen, isst es auch wirklich auf; lässt sich nicht aufdecken, zupft am Kissen. Auf Nachfrage, ob er Schmerzen habe und warum er schreit, antwortet er „nein“ und „ich schreie nicht“. Er liegt meist auf dem Rücken mit angezogenen Beinen und stark ausgesprochenem Kahnbauch. Die Muskelspannungen haben überall abgenommen.

18. October. T. 38,6, P. 108, R. 26, stöhnt Tag und Nacht, rechter Mundwinkel stärker deprimirt, kein Strabismus. Während der Visite isst Pat. in sitzender Stellung ein grosses Stück Brod auf, legt sich darauf wieder hin und fährt fort zu stöhnen, stellt aber Kopfschmerzen in Abrede; Sprache immer unverständlicher.

19. October. T. 38,5 (in recto), P. 94 filifor., R. 24. Extremitäten kalt, soporöser Zustand; bei Druck auf den linken Augapfel verzieht Pat. das Gesicht, stöhnt aber nicht, und antwortet auf keinerlei Fragen, scheint sie auch gar nicht zu hören; zwecklose Bewegungen mit rechtseitigen Extremitäten.

20. October. T. 38,2, P. ?, R. 24. Stauungspapille, die Venen stark gefüllt, links mehr als rechts. I m r e c h t e n A u g e v i e r g r a u e K n ö t c h e n i n d e r C h o r i o i d e a (Tuberk.), im linken dagegen nichts Aehnliches (Unt. Prof. *Maklakoff*). Tiefer Sopor, allgemeine Macies, d i e F i n g e r d e r r e c h t e n H a n d i n c o n t i n u i r l i c h e r B e w e g u n g, wie bei Athetosis; Nackenstarre wieder stark ausgesprochen, Mund nach links verzogen, Extremitäten schlaff mit Ausnahme der Vorderarmmuskeln



rechts, welche sich in leichter Spannung befinden; Bauch tief ausgehöhlt, Hyperæsthesien nicht nachzuweisen.

21. October. T. 36,0—34,8, P. am Herzen 120, R. 28. Haut trocken, kühl, Züge verfallen, Nase gespitzt, leichte Mundsperre, Nackenstarre wie gestern, mit Mühe eingeflösstes Wasser wird noch geschluckt, Pupillen stecknadelkopfgross, ohne Reaction.

22. October. T. 34,2—34,0, P. am Herzen 92—64, R. 20. Vollständiges Coma, keinerlei Reaction hervorzurufen.

23. October idem. Exitus am 24. October früh 6 Uhr.

Section 48 Stunden p. m. Dura stark injicirt, Innenfläche glatt, linkerseits hie und da mohnkorngrosse, graue Knötchen. Pia blutleer, wie ausgepresst; an der linken Hemisphäre, längs der Rolandischen Furche, dieselbe verdickt, eitrig belegt, und zeigt daselbst von der Innenseite eine massenhafte Einlagerung von stecknadelkopfgrossen, gelben, verkästen Tuberkelknötchen, welche hauptsächlich die Gegend der untern Hälften der beiden Central- und der Wurzel der ersten (Broca) Stirnwindung einnehmen. Von da aus irradiirt das Exsudat längs den Gefässen nach allen Seiten hin, stets an Intensität abnehmend, so dass gegen die Mittellinie nur noch schwache milchige Trübungen zu sehen sind, während am Hinterhaupts- und Stirnlappen der linken und an der ganzen rechten Hemisphäre die Convexität der Pia für das blosse Auge in jeder Hinsicht gesund erscheint. Links lässt sich die entzündete Pia nur mit bedeutendem Verluste der darunter liegenden Hirnsubstanz abziehen, sonst ist sie überall leicht ablösbar, zeigt aber, von der Innenseite betrachtet, graue Knötchen, deren Zahl und Grösse desto mehr abnimmt, je mehr man sich von der linken Centralfurche entfernt; am spärlichsten sind sie in der rechten Hemisphäre und kaum mit blossem Auge zu unterscheiden. An der Basis ist die Pia in der Gegend des Infundibulum und des Chiasma bis zum vordern Brückenrand trübe und verdickt, ebenso in den beiden sylvischen Spalten, links mehr als rechts, und mit Knötchen versetzt, deren Zahl und Grösse oben um ein bedeutendes geringer ist als an den entsprechenden Centralwindungen. Die Gyri an der linken Hemisphäre etwas flacher als rechts; die linke Central- und erste Frontalwindung von rosenrother Farbe; Hirnsubstanz œdematös, Corpus callosum und Fornix zerfliessend weich; die Ventrikel sehr mässig ausgedehnt durch eine stark eiweisshaltige Flüssigkeit. In den grossen Ganglien, Pons und Medulla nichts. Brust- und Bauchorgane. Wallnussgrosse, verkäste Bronchialdrüse und frische Tuberkelaussaat in Lungen, Pleura, Milz und Nieren, sonst nichts.

Epikritische Bemerkung. Folgendes wäre in unserem Fall hervorzuheben. In den ersten Tagen war es ganz natürlich, die Erscheinungen mit dem stattgefundenen Trauma in Zusammenhang zu bringen, trotz negativem Befunde am Schädel; wir glaubten eine Hirnquetschung vor uns zu haben und zwar an einer Stelle der linken Hemisphäre, welche keine Herdsymptome abgibt; ein consecutives, auf die entsprechenden Centralwindungen übergreifendes entzündliches Oedem könnte in genügender Weise Parese und Krämpfe des rechten Arms und auch die Sprachstörung erklären. Eine Meningitis mit rapidem Exitus wurde erwartet; demgemäss war auch die muthmaassliche Diagnose auf Hirncontusion gestellt. Der verschleppte Verlauf der Meningitis aber, die niedrigen Temperaturen, der seltene Puls und die schnell sich ausgebildete Macies machten die Diagnose immer zweifelhafter; hätte man auf das Trauma, als ätiologisches Moment, nicht so viel Werth gelegt, so hätte man schon nach den ersten 8—10 Tagen eine tuberculöse Entzündung der Pia vermuthen können. Sicher waren wir in der Diagnose erst, als Chorioidealtuberkeln nachgewiesen wurden. Man sieht hierin, wie vorsichtig man mit der Verwerthung einer Anamnese sein muss. Immerhin war die Diagnose im Beginne keineswegs leicht, denn meines Wissens stehen Fälle von primär auftretenden Tuberkeln an einer circumscripten Stelle der Pia, und dadurch



bedingten Monoplegien, noch zu vereinzelt da, als dass dieselben einen wesentlichen Einfluss auf unsere Diagnose hätten haben können. Von weiterem Interesse ist der Befund an der weichen Hirnhaut. Als Ort der primären Tuberkelinvasion muss die Gegend der vordern Centralwindungen in ihrer untern Hälfte und die erste Stirnwindung beansprucht werden; hier sassen die Knötchen am dichtesten, waren stecknadelkopfgross und bereits verkäst, die Pia selbst verdickt und eitrig belegt; von dieser Stelle an verbreitete sich die Infection nach allen Richtungen auf Convexität und Basis, stets an Intensität abnehmend; an der rechten Hirnhälfte konnten die Entzündungserscheinungen der Pia nur noch microscopisch nachgewiesen werden. Zu betonen ist auch, dass die, die linke sylvische Spalte auskleidende Pia in viel geringerem Grade afficirt war, als die erst genannten Partien, was für gewöhnlich bei der tuberculösen Meningitis nicht der Fall ist. Man sieht, der anatomische Befund stimmt vollkommen mit den klinischen Erscheinungen.

Schliesslich sei noch auf die Existenz von Chorioidealtuberkeln in unserem Falle hingewiesen, ein, wie bekannt, höchst seltener Befund bei der Meningitis tuberculosa.

Kryptorchismus. Traumatische Hodenentzündung. Incarcerirte Hernie. Ileus. Herniotomie. Tod durch Aspiration von Fæcalmassen.

Mitgetheilt von Dr. **Sury-Bienz** (Basel).

Herr A. Z., 36 Jahre alt, Ingenieur.

Anamnese: Von Geburt an rechter Hoden im Leistencanal; schon in der Jugend oft Schmerzen und leichte entzündliche Zustände mit Schwellung — oft Bauchweh — gewöhnlich zur gleichen Zeit und auf gleiche Schädlichkeiten hin wie sein ebenfalls kryptorchistischer Bruder, der noch lebt. Nie sichere Zeichen einer Hernie. Vor 10 Jahren wurde ihm zwar von einem Arzt ein Bruchband verordnet, obschon mehr prophylactisch, das er seither fast immer getragen, Anfangs allerdings unter grossen Schmerzen, und nicht ohne entzündliche Reaction des Hodens.

Sonst immer gesund. Stuhlgang regelmässig, fast stets 2 Mal täglich.

Am 17. August nach dem Mittagessen grosse Ueberanstrengung durch Wegstossen eines Eichstammes von ca. 6 Meter Länge und $^3/_4$ Meter Dicke — ein Versuch, der kurz vorher 4 kräftigen Küfergesellen nicht gelungen war. Unmittelbar nachher Schmerz in der rechten Inguinalgegend; trotzdem ging Herr Z. noch zu Fuss und zwar ziemlich rasch nach Birsfelden und trotz einer erheblichen Steigerung der Schmerzen noch die Hälfte Weges zurück, bis er vor Schmerz zusammenbrach und heimfahren musste.

Die Schmerzen vermehrten sich im Bett eher noch, so dass man Nachts $^1/_2$11 Uhr zum Arzt schickte.

Ich fand dann folgenden Status präsens: Grosser, sehr kräftiger Mann. Etwas blasses, aber nicht verfallenes Aussehen. Kein Fieber. Puls 80—90 p. M., kräftig, regelmässig. Klagt sehr heftige Schmerzen in der rechten Inguinalgegend, sowohl spontan als beim leisesten Druck. Hat einmal gebrochen, und zwar unmittelbar nach dem Bettgehen, wo die Schmerzen sehr heftig waren; das Erbrochene war schleimig, ohne weitere Bestandtheile. Stuhlgang heute, wie gewohnt, 2 Mal — früh Morgens und Nachmittags gleich nach dem Essen; das letzte Mal eher etwas weniger als sonst. Jetzt weder Brechreiz noch Stuhldrang.

Im rechten Leistencanal liegt der gut um die Hälfte vergrösserte Hoden, dessen Charakter sehr leicht durch Palpation, die aber überall gleich stark schmerzhaft ist, kann gesichert werden; Consistenz ziemlich fest — elastisch, und unten und vorn ganz fest. Das innere Ende des Leistencanals ist nicht zu tasten; kein Gurren; Percussionston ab-



solut dumpf. Hautspannung mässig. Die Schmerzhaftigkeit erstreckt sich nicht über die nächste Umgebung des Hodens hinaus.

Diagnose: Traumatische Hodenentzündung bei Kryptorchismus.

Meine Verordnung lautete: Absolute Rückenlage mit möglichster Entspannung der r. Weiche; kalte Umschläge mit Eiswasser. 1stündlich 0,02 Opium bis zur Besserung.

18. Morgens 3 Uhr. Immer gleich heftige Schmerzen. Sonst ganz gleich. Jetzt etwas leichter Brechreiz. Kein Stuhlgang. Urin gelöst, klar. Kein Fieber. Schmerzen etwas gegen den Nabel zu ausstrahlend.

Auf eine kleine Morphiuminjection (0,01 Mo.) fast augenblickliche Besserung; Brechreiz total verschwunden, Schmerzen erheblich vermindert; einige Stunden ruhigen Schlafs. — Opium auszusetzen.

Morgens $^1/_2$8 Uhr. Seit einer halben Stunde wieder starke Schmerzen; kein Brechreiz. Noch kein Stuhl; auch kein Drang. Aussehen gut, Allgemeinbefinden ordentlich. Morphiuminjection.

Ausserdem Clystier. Ungt. ciner., 4stündlich leicht einzureiben, Goulard-Wasser-Compressen auszusetzen.

Abends. Trotz einem Clysma von Seifenwasser noch kein Stuhlgang. Abdomen nicht im geringsten aufgetrieben, kein Gurren, nirgends druckempfindlich, auch nicht gegen den Nabel zu, wohin sonst die Schmerzen ausstrahlen. Hodengeschwulst etwas grösser als am Morgen, sehr druckempfindlich, so dass eine genaue Palpation nicht mehr gut möglich ist; aber auch jetzt kein Anhaltspunct für eine Hernie; kein Gurren, kein Luftton. Heute nie mehr Brechreiz. Kein Fieber (37,8° C.). Morphiuminjection (0,02).

19. Ziemlich schlechte Nacht; viel Schmerzen; Pat. braucht heute alle 4 Stunden eine kleine Morphiuminjection. Nie Brechreiz, auch nicht beim Untersuchen. Kein Stuhlgang trotz wiederholten Clystieren. Abdomen etwas aufgetrieben, aber ganz unbedeutend; nirgends Resistenz, noch Druckempfindlichkeit, auch nicht in der Umgegend des Nabels, wo Patient noch häufig von der Geschwulst ausstrahlende Schmerzen hat. Allgemeinbefinden ziemlich gut, sobald die Schmerzen durch Morphium gedämpft sind. Appetit schlecht, wenig Durst. Kein Fieber. Puls sehr gut, regelmässig, stets 70—90 p. M. Geschwulst wächst langsam, aber sonst gleich, sowohl in der Empfindlichkeit, als in der Consistenz und im Percussionston.

Morgens 10 Uhr hatte Herr Prof. *M.* die Freundlichkeit, den Pat. zu untersuchen; auch jetzt bot sich kein Anhaltspunct für eine Hernie; die Diagnose war: Hodenentzündung mit Incarceration des Hodens im Leistencanal.

Therapie: Jodoformcollodium statt der grauen Salbe. Eisbeutel. Infus. Sennæ compos., event. Fortsetzen der Clystiere und der Morphiuminjectionen.

Abends. Trotz dem Sennainfus und wiederholten Clystieren (mit Zusatz von Ricinusöl) immer noch kein Stuhl; nicht einmal die Clystiere gehen ab. Kein Brechreiz. Geschwulst tagüber noch etwas gewachsen; sonst unverändert. Schmerzen auf Eis eher etwas besser. Abdomen nicht mehr aufgetrieben als am Morgen, nicht druckempfindlich. Allgemeinbefinden ordentlich. Kein Fieber. Puls gut, 90—100, ganz regelmässig. Kein Husten; Respiration nicht beschleunigt.

20. Morgens 6 Uhr. Nacht ordentlich. Abdomen etwas mehr aufgetrieben, aber nicht druckempfindlich. Geschwulst gleich. — Von 6 Uhr an öfters Erbrechen in sehr ungestümer, profuser Weise; bis 9 Uhr 2 Waschbecken voll, ganz dünne, bräunliche, geruchlose Brühe, deren Aussehen ganz dem Sennainfus entspricht. Von 9 Uhr an wird aber das Erbrochene deutlich fäculent, immer ganz dünnflüssig, keine Brocken; grosses Unbehagen bei den stürmischen Brechacten, Patient wehrt sich dagegen so lange es geht, dann bricht ein gewaltiger Strahl aus Mund und Nase hervor. Magengegend stark aufgetrieben. Hodengeschwulst sehr schmerzhaft. Puls gleich wie gestern, regelmässig.

Da jetzt die Diagnose einer unter der Hodengeschwulst liegenden, incarcerirten Hernie absolut gesichert schien, wurde sofort die Operation vorgeschlagen und angenommen; vorher wurden noch 2 gewaltige Hochdruckclystiere in Knieellbogenlage applicirt, ebenfalls wieder ohne Erfolg; doch sistirte von 12 Uhr an das Erbrechen vollständig, so dass das Allgemeinbefinden sich bis 2 Uhr recht erheblich besserte.

2 Uhr Operation, die Herr Dr. *L. Courvoisier* ausführte; Herr Dr. *R. Fiechter* hatte die Gefälligkeit, die Narcose zu leiten.

(Den nachfolgenden Bericht über die Operation hatte Herr Dr. *C.* die Freundlichkeit zu verfassen.)

Operationsbericht.

„Die Narcose verlief auffallend gut, ohne Erbrechen. — Ein 8 cm. langer Schnitt, in „der Richtung des Leistencanals geführt, legte den in glattem, aber stellenweise fest „adhærentem Bindegewebesack liegenden Testikel nach schichtenweisem Präpariren frei. „Der letztere war mindestens auf's Dreifache vergrössert; der Abgang des Samenstrangs „fand sich nach innen und oben und es zeigten sich dessen einzelne Gebilde stark aus„einandergedrängt. Nach aussen, hinten und oben lag, vom Hoden vollständig verdeckt „und mit diesem in directem Contact, eine kaum wallnussgrosse, schlaffe, nur wenig mit „Luft gefüllte, von bräunlichem stinkendem Bruchwasser umspülte, braunschwarz aussehende „Darmschlinge.

„Auslösung des Hodens sammt einschliessendem Bindegewebesack (Tunica vaginalis „propria). Isolirte Unterbindung der einzelnen Samenstranggefässe mit Catgut. Abtragung „des Hodens.

„Darauf Spaltung des Leistencanals bis gegen den innern Leistenring, wo die Incar„ceration sich findet. — Die Darmschlinge zeigt sich etwa fingerlang bis gegen die „Bruchpforte gangrænös, in der letztern ziemlich fest adhærent, hinter ihr von unverdäch„tigem Aussehen.

„Es wird deshalb die einfache Abtragung derselben beschlossen, also die Anlegung „eines künstlichen Afters, dessen weitere Behandlung der Zukunft überlassen werden „musste. — Unmittelbar nach der Abtragung entleert sich massenhaft gelblicher, sehr „stinkender, breiig dünner Stuhlgang, am besten, wenn man noch mit einem stumpfen In„strument die Oeffnung der Darmschlinge etwas klaffend erhält. — Darauf fällt der Bauch „stark zusammen, und der unterdessen erwachte Patient rühmt, wie wohl ihm jetzt sei.

„Gründliche Desinfection der Wunde mit Carbolwasser 5%. — Naht des obern Wund„winkels, Offenlassen des untern Theils der Wunde, auf die nur etwas nasse Salicylwatte „gelegt wird.“ [1])

Nach der Operation Zustand sehr gut; Puls etwas beschleunigt (100—120 p. M.), aber nicht klein und ganz regelmässig. Kein Erbrechen, kein Fieber. Aus dem künstlichen After entleeren sich sehr viele dünnbreiige Fæcalmassen. Patient fühlt sich sehr erleichtert; er geniesst etwas Brühe und schläft kurze Zeit. Die Wunde wird $^1/_4$—$^1/_2$-stündlich mit 2% Carbollösung ausgespült und mit nasser Salicylwatte leicht bedeckt.

Gegen 9 Uhr verfällt Pat. in einen unruhigen Schlummer; der Puls wird unregelmässig. Pat. hustet zuweilen mit Zeichen von Schmerz; Respiration beschleunigt; die Dyspnœ steigert sich allmälig; das Schlucken ist erschwert. Der Puls wird trotz Injectionen von Campheräther immer schlechter; es treten Delirien auf und bald nach Mitternacht stirbt der Kranke.

Die Section (11 Stunden p. m.) ergibt Folgendes:

1) In beiden Lungen bis in die feinsten Bronchien hinein dünnflüssige Fæcalmassen, besonders stark in den beiden Unterlappen; diese letztern sind zum grössten Theil ganz luftleer und in eine stinkende, zerfliessende Masse umgewandelt (Gangrän).

2) Herz gross, schlaff, mit blassgrauröthlicher morscher Musculatur. Mitralränder verdickt.

3) Beginnende allgemeine Peritonitis mit trübem, blutigem Exsudat, und fibrinösen Auflagerungen auf den Darmschlingen.

4) Starker Meteorismus. Am Ileum ist ein ca. 3 Fuss langes Stück blutig imbibirt, schwarzroth und mit der Bruchpforte ziemlich stark verklebt. Nach der Ablösung constatirt man einen keilförmigen Defect, der bis in das Mesenterium hineinreicht.

Der vorliegende Fall hat mehrfaches Interesse. Die Fälle von Kryptorchismus sind ja überhaupt nicht sehr häufig; nach der Zusammenstellung von

[1]) Nach der Untersuchung des Präparats durch Herrn Prof. *Roth* ergab sich mit grosser Sicherheit, dass es sich auch in diesem Falle um eine Hernia inguino-præperitonealis *(Krönlein)* gehandelt hat.



Marshall boten 10,800 Recrutirte blos 12 Fälle (5 rechts, 6 links, 1 doppelseitig). — Hingegen relativ häufig ist Kryptorchie mit Hernie complicirt. *Ravost* fand z. B. unter 1650 Inguinalhernien 51 Kryptorchisten (25 r., 21 l., 5 dopp.); eine dabei sehr häufige Unterart ist die sog. interstitielle Leistenhernie.

Die im Leistencanal liegenden Hoden sind, wie leicht begreiflich, allen möglichen mechanischen Insulten ausgesetzt, sowohl rein äusserlichen, wie Schlag, Stoss etc., als namentlich auch der Wirkung der Bauchpresse. Diese Hoden zeigen auch sehr oft entzündliche Processe mit Schwellung; die dabei zu Tage tretenden Symptome täuschen sehr leicht eine incarcerirte Hernie vor; in solchen Fällen ist denn auch schon einige Male eine natürlich nutzlose Herniotomie gemacht worden; in andern Fällen zwingen diese Complicationen auch etwa zur Exstirpation des eingeklemmten Hodens; die Prognose dieser Operation ist aber doch nicht so sicher, dass man ohne die grösste Noth dazu schreitet.

In unserem Falle nun wurde von Anfang an die Möglichkeit einer incarcerirten Hernie in's Auge gefasst, namentlich auch bei der stattgehabten Consultation; aber vor Sonntag früh waren für eine solche Diagnose keine genügenden Anhaltspuncte vorhanden:

An der Geschwulst war nichts, was nicht durch den geschwellten Hoden selbst leichte Erklärung gefunden: namentlich keine Abhebung des deutlich als solchen erkennbaren Hodens von seiner Unterlage; nirgends auch nur die geringste Consistenzverschiedenheit, Aenderung des Percussionstons, differente Druckempfindlichkeit etc.

Erbrechen, zuerst ja neben dem Schmerz das erste und wichtigste Symptom, fehlte fast gänzlich; anderseits sehen wir ja gerade bei Hodenentzündungen oft auch Erbrechen auftreten, um so mehr ist dies möglich, wenn der entzündete Hoden incarcerirt ist.

Eine Auftreibung des Abdomens war ebenfalls nie vorhanden, ausser etwa in den allerletzten Stunden vor der Operation.

Das einzige Symptom, was auf eine incarcerirte Hernie hindeuten musste, war die Stuhlverstopfung; der letzte Stuhl war Donnerstag Mittags erfolgt; am Freitag konnte man, beim gänzlichen Mangel an andern Symptomen, die Constipation ungezwungen dem eingenommenen Opium zuschreiben; erst Samstag Abends, als weder zahlreiche Clystiere noch das Sennainfus Stuhl bewirkten, erhielt die Sache einen ernstern Charakter.

Wenn man nun bedenkt, dass bei Herrn Z. vorher niemals eine Hernie nachgewiesen worden, dass er früher wiederholt sehr schmerzhafte Entzündungen des Inguinalhodens durchgemacht und dass endlich kein einziges ganz unzweifelhaftes Symptom für eine incarcerirte Hernie da war — so wird man mir zugeben, dass die Unvollständigkeit der Diagnose weniger meiner Schuld als einer wahrhaft unglücklichen Combination der Verhältnisse beizumessen ist.

Auch der überraschend schnelle Tod erhöht das practische Interesse des traurigen Falls. Die Aspiration der flüssigen Kothmassen muss im Verlauf des Vormittags geschehen sein; denn von Mittag an sistirte das Erbrechen gänzlich; nicht einmal während der Narcose erfolgte das geringste Würgen. Wie ich oben be-



merkt, waren die Brechbewegungen während des 3stündigen Ileus aussergewöhnlich heftige; der sehr kräftige und energische Kranke suchte eben bei jedem Brechanfall denselben zu unterdrücken, und bei diesen Anstrengungen war ohne Zweifel die Aspiration erfolgt, begünstigt von der sehr flüssigen Beschaffenheit der Fæcalmassen.

Trotzdem also die Operation nach Erkennung des wahren Zustandes so rasch als möglich gemacht worden und trotz ihrem sehr guten Verlauf, hatte sie doch das lethale Ende nicht verhüten können; nicht nur war die Lungengangrän schon vorbereitet, sondern es hatte auch die Peritonitis bereits ihren Anfang genommen; aber die Operation hat wenigstens dem Kranken die letzten Stunden ausserordentlich erleichtert.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Sitzung vom 23. Januar 1883 bei Webern. [1])

Präsident: Prof. *Pflüger*, Actuar: Dr. *Ost*.

Anwesend 19 Mitglieder.

1) Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

2) Vortrag von Prof. *Lichtheim*: Ueber Kältehämoglobinurie.

Derselbe theilt folgende Beobachtungen mit:

Einem an der typischen Form der Kältehämoglobinurie leidenden Manne wurde, nachdem er den Vormittag im Bette zugebracht hatte, ein kühles Fussbad gegeben. Eine Stunde darauf war der Harn hämoglobinhaltig. Vor und nach dem Fussbade wurden mittelst einer *Pravaz*'schen Canüle aus der Medianvene je 2—7 ccm. Blut in ein Reagenzglas entleert. Beide Proben pressten hämoglobinhaltiges Serum aus.

An einem andern Tage werden dem seit vielen Stunden im Bett liegenden Kranken in derselben Weise 2 Blutproben entnommen. Die eine von ihnen kam unmittelbar in ein auf Bluttemperatur befindliches Vollgefäss und wurde in einem auf Bluttemperatur regulirten Brutofen aufbewahrt. Die andere wird bei niederer Temperatur stehen gelassen. Beide wurden unter Beobachtung aller Cautelen fäulnissfrei aufgefangen. Die bei Körpertemperatur aufbewahrte hatte nach 24 Stunden bernsteingelbes Serum ausgepresst, welches vier Tage seine Farbe behielt und erst dann allmälig hämoglobinhaltig wurde. Das sehr spärliche Serum der andern war rubinroth. Derselbe Versuch wurde später noch einmal mit demselben Erfolge wiederholt. Diesmal wurde nach 24 Stunden die im Brutofen aufbewahrte Probe, als sie reichlich hämoglobinfreies Serum geliefert hatte, aus dem Ofen herausgenommen und bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Nach einer Viertelstunde begann das Serum eine leichte Rothfärbung zu zeigen, welche allmälig vom Blutkuchen aus sich verbreitete. Nach 2 Stunden war es rubinroth.

Controlversuche mit gesundem Blute ergeben, dass dasselbe, wenn es fäulnissfrei aufgefangen wird, im Brutofen bis zum 3. oder 4. Tage hämoglobinfreies Se-

[1]) Erhalten 2. Juli 1883.



rum hat, wird es nach 24 Stunden aus dem Brutofen entfernt, so bleibt das Serum mehrere Tage lang hell. Das bei Kälte aufbewahrte normale Blut behält bis zum 6. Tage helles Serum, dann wird dasselbe hämoglobinhaltig.

Diese Versuche ergaben, dass in dem beobachteten Falle von Kältehämoglobinurie die rothen Blutkörperchen eine geringere Resistenz gegen Abkühlung zeigen. Ihr scheinbarer Widerspruch mit den Ergebnissen der *Küssner*'schen Versuche beruht auf der Verschiedenheit der Methode.

Discussion: Prof. *Grützner* bestätigt die Angabe *Lichtheim*'s, dass im kreisenden Blut die Resistenz der einzelnen Blutkörperchen eine sehr verschiedene sei, durch eigene Beobachtungen. Bei der von *Luchsinger* geübten subcutanen Injection von verdünntem Glycerin lässt sich bei Nieren künstlich Hämoglobinurie erzeugen; es diffundirt dabei Hämoglobin auch in die Flüssigkeit der vorderen Augenkammer, woran die Auflösung der rothen Blutkörperchen beim betreffenden Thiere klinisch leicht nachweisbar wird. Er frägt Prof. *Lichtheim* an, ob es sich in seinen Fällen um Hämoglobin oder Methämoglobin gehandelt habe.

Prof. *Lichtheim* antwortet, dass in einzelnen beobachteten Fällen es sich um reines Hämoglobin, in andern um Hämoglobin und Methämoglobin gehandelt habe, wenigstens liess sich der Methämoglobinstreifen in Roth spectroscopisch nachweisen. Die Rothfärbung des Kammerwassers hat er nie beobachtet, wohl weil die Menge der zu Grunde gegangenen rothen Blutkörperchen eine zu geringe gewesen war.

Dr. *Dubois* frägt an, weshalb die vom Vortragenden früher gebrauchte Bezeichnung der „periodischen" Hämoglobinurie fallen gelassen und der Ausdruck Erkältungshämoglobinurie gewählt worden; während doch Fälle publicirt worden seien, wo der Anfall nach Muskelanstrengungen, Marschiren etc. und nicht blos etwa nach Kälteeinwirkung aufgetreten sei.

Prof. *Lichtheim* erklärt von der Bezeichnung „periodisch" abgesehen zu haben, weil man dabei unwillkürlich an einen nach bestimmten Zeiträumen regelmässig wiederkehrenden Zustand denken konnte, intermittirend schien ihm deswegen nicht geeignet, weil der Zustand mit Intermittens absolut nichts zu thun hat. Englische Beobachter haben von einer paroxysmalen Hämoglobinurie gesprochen. Wie die Albuminurie, so sei auch die Hämoglobinurie wohl nur ein Symptom sehr differenter Krankheiten, die in ihren Ursachen uns noch sehr wenig bekannt sind. Es sind Fälle beschrieben worden, die wahrscheinlich renalen Ursprunges sind, mit Hydrops einhergingen und synkopeartige Symptome zeigten; dies war bei seinen Fällen von Erkältungshämoglobinurie nicht der Fall, dafür war stets oft sehr hohes Fieber vorhanden, was jedenfalls bei anderen Fällen, z. B. bei Hämoglobinurie nach Marschiren leicht constatirt worden zu sein scheint.

Dr. *Dick* frägt mit Rücksicht auf einen kürzlich beobachteten Fall von profuser Blutung in die Bauchhöhle an, ob bei solchen internen Blutungen, wo massenhaft Blut wieder resorbirt werde, nicht auch Hämoglobinurie entstehen könne.

Prof. *Lichtheim* entgegnet, dass das Schicksal solchen in die Abdominalhöhle ergossenen Blutes sehr wohl studirt sei. Der Blutkuchen bleibe lange liegen, bis er resorbirt werde, der Blutfarbstoff trete aus und bleibe als Hämatoidin krystal-



linisch unverändert in der Bauchhöhle; der Farbstoff als solcher gelange demnach nicht in die Circulation. Ganz anders verhalte es sich bei Einspritzungen fremdartigen Blutes, wie dies besonders bei den Lammbluttransfusionen gesehen wurde; hier tritt sofort unter Erscheinungen, die durchaus dem Anfall bei Kältehämoglobinurie gleichen, wie Schüttelfrost, Fieber etc., ein Zerfall der rothen Blutkörperchen ein mit ausgesprochener Hämoglobinurie.

3) Dr. *Paul Niehaus* spricht über Behandlung des Schreibekrampfes und demonstrirt das *v. Nussbaum*'sche Bracelet.

Discussion: Dr. *Dubois* bezweifelt, ob der Erfolg sowohl nach der *Wolff*'schen Methode als mit dem *Nussbaum*'schen Bracelet ein langdauernder sein werde; er selbst hat bei Patienten, die sich der *Wolff*'schen Cur unterzogen haben, ausgesprochene Misserfolge gesehen; jeder Apparat, möge er noch so einfach sein, sei eben doch nur als Nothbehelf anzusehen; es frage sich daher, ob es nicht zweckmässiger sei, die beim Schreiben betheiligten Muskelgruppen durch Massage, active Bewegungen und faradische Behandlung direct zu stärken; häufig werde der Fehler gemacht, dass mit Beginn der Behandlung das Schreiben unterbrochen werde.

Dr. *Girard* erinnert, dass der gleiche Apparat mit unwesentlicher Abweichung bereits Ende der 40er Jahre von einem Arzt in Bordeaux erfunden und mit übereinstimmend günstigem Resultate der medicinischen Gesellschaft in Paris vorgezeigt wurde. Die Finger, bald zwei bald mehr, sind bei jenem Apparat fixirt durch das Halten eines Ballons, an welchem die Feder angebracht sei; es trete aber auch mit solchem Apparate nach Jahren Ermüdung ein.

Dr. *P. Niehaus* und *Schenk* finden denn doch einen principiellen Unterschied zwischen den von *Girard* berührten Apparaten und dem *Nussbaum*'schen Bracelet; die ersteren Apparate hätten nur die Fixation der Finger in einer von der gewöhnlichen Schreibehaltung verschiedenen Handstellung im Auge: statt der einseitigen Belastung der Flexoren des Daumens und Zeigefingers würde die Arbeit gleichmässig auf die ganze Hand vertheilt. Im Gegensatz dazu verwende *Nussbaum* durch sein Bracelet gerade die Antagonisten der sonst gewöhnlich betheiligten Muskeln zum Schreiben: an Stelle der Flexoren und Adductoren kommen die Extensoren und Abductoren zur Anwendung, während die bisher krampfhaft contrahirten Flexoren eine mechanische Dehnung erfahren, die den Patienten so ungemein angenehm und wohlthuend sei. Die angeführten Misserfolge *Wolff*'s rührten wohl mehr von der zu kurzen Cur und der Lässigkeit der Patienten in der Befolgung der gegebenen Vorschriften her.

4) Prof. *Ad. Vogt* erklärt schriftlich seinen Austritt aus dem medic.-pharmac. Bezirksverein.

Prof. *Flesch* an der Veterinärschule von Bern wird als Mitglied aufgenommen.

Sitzung vom 6. Februar 1883 bei Webern.

Anwesend 14 Mitglieder.

1) Vortrag von Prof. *P. Müller:* Ueber Ruptura uteri.

Derselbe erwähnt die Umwandlung, welche in neuerer Zeit die Lehre von der Uterusruptur erfahren hat. Er referirt über 9 Fälle derart aus der hiesigen geburtshülflich-gynæcologischen Klinik (darunter 3 incomplete Zerreissungen), von



denen 6 tödtlich und 3 mit Genesung endigten; unter den letztern befindet sich ein Fall, bei dem eine Laparotomie ausgeführt werden musste. An der Hand dieser Fälle prüft er die jetzigen Anschauungen über Uterusruptur und findet, dass dieselbe durch die hier gemachten Erfahrungen manches Abweichende in Betreff der Aetiologie, noch mehr in Bezug auf Symptomatologie und Behandlung bieten. Das Nähere hierüber wird demnächst an einer andern Stelle publicirt werden.

An der Discussion betheiligen sich Dr. *Dick* und *Tramer*. Ersterer frägt den Vortragenden an, ob man bei Rissen im Fundus uteri nicht die Amputation des Uterus mit nachfolgender Klammeranlegung vornehmen könnte, wogegen Prof. *Müller* entgegnet, dass erstens Risse im Fundus ausserordentlich selten seien, und wenn sie vorkommen, meist bis zum os intern. reichen.

Dr. *Tramer* erwähnt eines Falles von Circulärruptur des Uterus, wobei das untere Uterinsegment in toto vor dem Kinde ausgestossen wurde; der Fall kam zur Heilung.

2) Prof. *Pflüger* demonstrirt das Keratoscop von Dr. *Placido* in Lissabon und seine Anwendung.

Der äusserst einfache Apparat — eine weisse Scheibe mit concentrischen schwarzen Ringen und mit einer centralen Oeffnung, in welche eine kleine Röhre zum Visiren eingesetzt wird — ist dazu bestimmt, durch die Form seines verkehrten Reflexbildchens über die Krümmung der Hornhaut und deren Anomalien Aufschluss zu geben. Das Centrum der normalen Hornhaut reflectirt die Kreise genau in Kreisform; jede Krümmungsanomalie bedingt nothwendig eine Alteration der Kreisform. Der reguläre Astigmatismus gibt dem Reflexbild die Form eines Ovals, dessen lange Axe dem Meridiane der schwächsten Krümmung entspricht. Irregulärer Astigmatismus, Buphthalmus, Keratoconus charakterisiren sich durch ganz unregelmässige Verzerrungen des Reflexbildchens.

Mit Hülfe dieses einfachen Apparates, den sich Jeder zur Noth selbst anfertigen kann, ist es dem practischen Arzte, ohne Cylindergläser und ohne dass er mit dem Ophthalmoscop auf zu vertrautem Fusse zu stehen braucht, leicht möglich, den Hornhaut-Astigmatismus zu diagnosticiren und zwar auf ganz objective Weise. Das Keratoscop ist das Ophthalmometer des Practikers und wird als solches auch willkommene Dienste den Aerzten der Recrutirungscommissionen leisten.

Schluss der Sitzung 10 Uhr p. m.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Präsident: Dr. *O. Haab*. Actuar: Dr. *Kaufmann*.

12. Sitzung, den 14. April 1883.[1])

Im Gebäude der pathologischen Anatomie.

Prof. *Klebs* trägt seine Erfahrungen über Diphtheritis vor unter Vorlegung microscopischer Präparate. Da der Vortrag ausführlich in den Verhandlungen des 2. Congresses f. intern. Medicin erscheint, sollen hier nur die wesentlichsten Sätze hervorgehoben werden:

[1]) Erhalten 20. Juni 1883.



Unter den schwereren Formen endemischer Diphtheritis müssen zwei gänzlich verschiedene Krankheiten unterschieden werden, welche sowohl durch die Art ihres Verlaufes, wie durch die bei denselben vorkommenden pflanzlichen Organismen scharf gesondert sind. Nach den letztern können sie als microsporine und bacilläre Diphtheritis bezeichnet werden.

Die microsporine Form, welche gegenwärtig vorzugsweise in den östlichen Ländern Europa's (Russland, sowie Böhmen, vielleicht auch Ungarn und Steiermark) vorkommt, zeichnet sich durch eine relativ geringe Verbreitung des fibr. Exsudats auf den Tonsillen und im Pharynx aus, noch seltener schreitet dieselbe auf den Larynx fort. Dagegen treten frühzeitige und schwere Formen allgemeiner Erkrankungen und namentlich nervöse Erscheinungen in den Vordergrund, welche schon in wenigen Tagen, bei äusserst geringer Pharynxaffection zum Tode führen können.

Wie schon früher (Arch. f. exp. Path. u. Pharm.) mitgetheilt wurde, handelt es sich bei dieser Affection um einen als Microsporon diphtherit. bezeichneten Schizophyten, welcher theils bräunlich gefärbte Micrococcenhaufen in den Fibrinlagen bildet, theils senkrecht auf die Oberfläche der letztern gestellte Stäbchen. Ebenso finden sich in den Gefässscheiden des Gehirns (Rückenmarks) grosse Mengen gleicher Stäbchenbildungen, an solchen Stellen, welche der Sitz ausgebreiteter Blutungen sind. Dieselben kommen namentlich in der Pia mater und der grauen Rinde vor. Man kann annehmen, dass die schweren Gehirnerscheinungen, vielleicht auch manche der in günstigeren Fällen zurückbleibenden Lähmungen auf diese Störung zurückzuführen sind.

Die bacilläre Diphtheritis ist dagegen diejenige Krankheit, welche, vorzugsweise in Westeuropa vorherrschend, einen mehr local bleibenden Charakter der Schleimhautaffection darbietet. In vereinzelten Fällen entspricht sie wohl gänzlich dem früheren Bilde des Trachealcroups, dessen contagiöse Natur nur noch von Wenigen in Zweifel gezogen wird, seitdem der Process eine reichlichere Verbreitung erfahren. Derselbe beginnt bekanntlich auf den Tonsillen und schreitet auf Pharynx und Trachea weiter. Das begleitende Fieber ist mässig und dauert in der Regel nur so lange, als die Membranbildung auf den Schleimhäuten fortschreitet, dagegen sind Recidive, sowie schwere septische Complicationen nicht selten. Nervöse Symptome fehlen oder treten nur (relativ selten, s. Verhandl. d. Congr. f. int. Med.) als Nachkrankheit auf. Albuminurie ist dagegen schon frühzeitig vorhanden. Der Tod erfolgt entweder durch die mechanische Beschränkung der Respiration oder durch Folgezustände und Complicationen (Sepsis, interstitielle Processe).

Bei diesem Processe ist ein vollkommen constanter, nunmehr bei einer grossen Reihe von Fällen in Zürich constatirter Befund die Anwesenheit von ausserordentlich kleinen Bacillen, welche sich zuerst gruppenweise in dem Epithel der betr. Schleimhäute entwickeln. Die zweite Veränderung, welche sich hieran anschliesst, besteht in einer enormen Gefässdilatation, die, wie es scheint, zu gänzlicher Stagnation des Blutes in den erweiterten Bahnen führt. Sodann erfolgt die Faserstoffexsudation, welche zur Abhebung des mit Bacillen erfüllten Epithels führt. Diese



Organismen bilden dann eine zusammenhängende Schicht an der Oberfläche der Membran und dringen nur sehr allmälig in die letztere ein.

Die Weiterverbreitung des Processes geschieht in gleicher Weise in der Trachea und den Bronchien, seltener kommen analoge Veränderungen im Magen vor. In den innern Organen ist bis jetzt der Nachweis dieser Organismen nicht gelungen, auch an solchen Stellen, an denen interstitielle Processe sich entwickeln, den Lungen, den Nieren, dem Myocardium und den peripheren Nerven.

Es bleibt demnach die Möglichkeit vorhanden, dass diese secundären Processe Effecte einer chemischen, irritirenden Substanz sind, welche von den an der Oberfläche wuchernden Organismen geliefert wird. Andererseits ist aber nicht in Abrede zu stellen, dass vielleicht andere Methoden auch den Nachweis einer Verbreitung der Organismen selbst in der Blutbahn gestatten. Gentiana und Methylenblau, welche angewandt werden und die oberflächlichen Bildungen prächtig färben, gaben in dieser Beziehung negative Resultate.

Bezüglich der Formen dieser Bacillen sei hier erwähnt, dass dieselben kaum die Grösse derjenigen erreichen, welche bei Tuberculose gefunden werden. Gewöhnlich enthalten sie 2 Sporen, welche an den Enden der Stäbchen sich befinden; beim Eintrocknen vermehren sich die Sporen bis zu 4 oder 6.

Der häufigste Folgezustand, welcher dem Leben Gefahr bringt, besteht in dem Fortschreiten der Membranbildung auf die Trachea; nur in einem Falle fand sich ein solches auf der Schleimhaut des Magens vor, indem sich rings um die Cardia geröthete, mit bacillenhaltigen Fibrinlagen bedeckte Flächen gebildet hatten. Eine weitere Verbreitung dieses Processes auf den Schleimhäuten wurde niemals in unsern Fällen beobachtet. Dagegen kommen hæmorrhagische Zustände ziemlich häufig vor und zwar in den Lungen, der Magenschleimhaut und dem Unterhautfettgewebe.

Am häufigsten sind Blutergüsse in den ersteren Organen, welche sich als unregelmässig begrenzte dunkelrothe Flecke auf den Schnittflächen präsentiren. An diese Hæmorrhagien der Lungen schliessen sich entzündliche Processe an, derbe rothe Hepatisationen, welche vorzugsweise interstitiellen Charakter besitzen, demnach als Gefäss-Pneumonien bezeichnet werden können. Diese Hepatisationen finden sich vorzugsweise an den untersten Theilen der Lungen, hängen nicht von einer Verbreitung des diphtheritischen Processes auf die Bronchen ab und scheinen nur sehr langsam sich zurückzubilden. Auch hier scheint die Gefässlähmung einen wesentlichen Einfluss auf das Zustandekommen des Processes zu besitzen. Vielleicht schliessen sich an diese paralytischen Zustände der Lungengefässe unter Umständen reine faserstoffige Exsudationen in die Alveolen an, welche unter Umständen den Charakter des chronischen Bronchialcroups annehmen können.

Die Hæmorrhagien des Unterhautfettgewebes erfolgen gewöhnlich an den Extremitäten und stellen sich äusserlich als verwaschene bläuliche Flecken dar, deren Durchmesser selten 1 cm. überschreitet. Das ergossene dunkelrothe Blut liegt nur im Unterhautfettgewebe. Im Magen kommen seltener, aber dann in grosser Anzahl kleine runde Extravasate in der Schleimhaut vor. In dasselbe Gebiet der



Gefässlähmungen gehören wohl auch die von *Leyden* u. A. beschriebenen interstitiellen Zellablagerungen des Herzfleisches und der Nerven und Nieren, welche wir hier nicht beobachtet haben. Für das letztere Organ konnte mehrmals die Abwesenheit oder sehr geringe Entwicklung zelliger interstitieller Ablagerung constatirt werden in solchen Fällen, in denen sehr reichliche Eiweissausscheidungen stattgefunden hatten. Hæmorrhagische Zustände der Nieren, wie sie sonst die acute Nephritis einleiten, fehlten ebenfalls gänzlich. Bei der septischen Complication, welche meist unter schnellem Collaps zum Tode führte, war neben dem Eiweiss im Harn eine grosse Menge kleinster runder, beweglicher Körperchen (Micrococcen) vorhanden, wohl dieselben Elemente, welche seiner Zeit von *Hüter* und *Tommasi* im Blut Diphtheritischer beobachtet und als Monaden bezeichnet wurden. [1])

Nach dem Vortrage wurden microscopische Präparate über die verschiedenen Diphtheritisprocesse demonstrirt. — Hieran schloss sich eine Besichtigung des Neubaues für pathologische Anatomie, wobei Herr Prof. *Klebs* zahlreichere neuere Apparate und Einrichtungen besprach und vorwies.

13. Sitzung, den 28. April 1883
Abends 7½ Uhr im Hôtel Hecht.

I. Mittheilungen von Prof. *Horner*.

1) Ergebnisse der Untersuchungen über die Augen der Schüler bei ihrem Eintritte in die Schule. Der genauen Untersuchung wurden unterzogen 309 Kinder. In etwa 6 % derselben wurde Myopie constatirt (einf. und astigmat. Myop.).

Dr. *Haab* theilt im Anschlusse hieran mit, dass er in der obersten Classe des Gymnasiums 72 % Myopie gefunden und verspricht eine spätere ausführliche Mittheilung.

2) Casuistische Mittheilung: Ein Soldat erhielt auf der Wollishofer Allmend einen Schuss in's Gesicht. Die erste Behandlung geschah in der Caserne in Form von Umschlägen auf das mitverletzte Auge. Am 2. Tage nach der Verletzung kam Pat. auf die *Horner*'sche Klinik, wo folgender Status aufgenommen wurde: In der Cornea eine kleine Lappenwunde und darin ein Pulverkorn. Beginnende eitrige Keratitis. Sogleich wurde der Conjunctivalsack desinficirt und ein Occlusivverband angelegt. Am folgenden Morgen intensive Irido-Chorioiditis mit Hypopion.

Vortr. entschloss sich jetzt, die Cornealwunde zu dilatiren und die Ausräumung der vordern Kammer vorzunehmen. Die Desinfection der letztern geschah nach Entfernung des Hypopion-Inhaltes mittelst 2½% Carbollösung. Am Abend wurde diese Desinfection nochmals wiederholt. Seither sind die entzündlichen Zustände vollkommen zurückgegangen und das in Folge der Infection der Cornealwunde (bewirkt durch die nach der Verletzung applicirten Umschläge) und die daraus resultirenden tiefern Entzündungsprocesse sozusagen verlorene Auge ist gerettet.

In der Discussion erwähnen Prof. *Forel* und *Haab* eines Falles von inficirter Cornealwunde bei einem Geisteskranken. Die Untersuchung des Wundsecretes

[1]) Die ausführlichere Darstellung dieser Beobachtungen findet sich in den Verhandlungen des II. med. Congresses (Wiesbaden), doch sind einige der zuletzt mitgetheilten späteren Datums.



durch Dr. *Haab* ergab, dass Microorganismen fehlten, besonders waren die *Neisser*-schen Gonococcen nicht nachzuweisen.

3) Ueber Retinitis syphilitica. In zwei Fällen dieser Krankheit konnte Vortr. durch den Augenspiegel eine deutliche Erkrankung der Gefässe in Form von Thrombosirung einer- und consecutive Ectasie anderseits nachweisen, Veränderungen, die für die sog. *Heubner*'sche Gefässerkrankung charakteristisch sind.

Vortr. fasst daher diese von ihm beobachteten Fälle von Retinitis syphilitica als durch die *Heubner*'sche Gefässerkrankung bedingte Krankheitsprocesse auf.

II. Rechnungsablage durch den Quästor Dr. *Egli-Sinclair*. Der Cassa-Saldo auf Ende dieses Semesters beträgt Fr. 2309. — Die Rechnung wird genehmigt.

III. Neuwahl des Comité. Es werden gewählt:

1) Als Präsident: Prof. Dr. *Krönlein* mit 13 von 23 Stimmen.

2) Als Vice-Präsident und Quästor: Dr. *Rahn-Meier* mit 16 von 23 Stimmen.

3) Als Actuar: Dr. *Lüning* mit 13 von 23 Stimmen; Präsident und Actuar je im ersten, Quästor im zweiten Wahlgange.

Schluss der Sitzung ³/₄10 Uhr.

Referate und Kritiken.

Ueber Pessarien.

Von *L. Prochownick*. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 225 (Gynæcologie Nr. 62). Leipzig, Breitkopf & Härtel.

Obwohl es für den Arzt oft mit Schwierigkeiten, für die Patienten mit Unannehmlichkeiten verbunden ist, im einzelnen Fall ein passendes Pessar zu finden, wird doch dieser Theil der Gynæcologie im Vergleich mit dem operativen vernachlässigt.

Die Fragen:

„1) Unter welchen Umständen ist man zur Einführung von Pessarien berechtigt?

2) Was contraindicirt sie?

3) Wie müssen Pessarien beschaffen sein?

4) Wie sind Pessarien, welche eingelegt sind, und Frauen, welche solche tragen, fernerhin (so weit es sich um's Pessarium handelt) zu beobachten und zu behandeln?"
werden der Reihe nach besprochen.

Auf das Einzelne einzugehen würde zu weit führen. Folgendes möge genügen. Entzündliche Vorgänge bilden allerdings in der Regel Contraindication für Pessarbehandlung, indess wirkt doch auch mitunter bei chronischen Processen und sogar unter Umständen bei acuten das Einlegen eines Ringes günstig. Weitläufig wird auseinandergesetzt, dass es nicht die Beckenknochen sind, an denen Pessarien Halt finden, sondern dass sie durch die Elasticität der Weichtheile resp. den Tonus der Muskeln gestützt werden. Unter letzteren ist die obere Partie des levator ani am wichtigsten. Die elliptischen Pessarien werden, Ausnahmen vorbehalten, den runden vorgezogen und unter den ersteren die *Hodge*'schen, daneben wird aber die Brauchbarkeit der *Schultze*'schen anerkannt. Die wohl am meisten angewendeten Weichgummipessarien, seien es elastische Ringe oder solche mit Metalldraht, verwirft *P.* und will als Material nur polirten Hartgummi gebrauchen, der sich fast nicht zersetzt, nicht reizt und sehr lange liegen kann. Um die jeweilen gewünschte Form zu erhalten, genügt Einlegen in heisses Wasser, dann lässt sich der Hartgummi leicht biegen. Werden sie später wieder in siedendes Wasser gebracht, so nehmen sie die ursprüngliche Gestalt an. Solche Hartgummipessare hat Verfasser verfertigen lassen als excentrische Ringe, Schalenpessare, *Hodge*'sche, *Schultze*'sche



Achter und Schlitten in verschiedenen Grössen. Sie können von der Hamburg-Newyorker Gummiwaaren-Compagnie (Rathhausmarkt 10 Hamburg) bezogen werden. Beim Einlegen sollen sie nicht mehr Schmerzen verursachen als Weichgummiringe; man kann sehr lange das gleiche Instrument liegen lassen. Anfangs ist Controle jeweilen nach den Menses wünschenswerth, später in grösseren Zwischenräumen. Die Reinigung der glatten Oberfläche ist sehr leicht zu bewerkstelligen. *Gœnner.*

Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

Von *F. V. Birch-Hirschfeld* (Dresden). 2. völlig umgearbeitete Auflage. I. Band. Allgemeiner Theil. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1882.
XVI, 254 S., 118 Abbildungen im Text.

Die schon nach 6 Jahren nöthig gewordene 2. Auflage spricht am deutlichsten für die Brauchbarkeit des vorliegenden Werkes. Sehr gewonnen hat dasselbe durch Aufnahme zahlreicher, meist gelungener Abbildungen in den Text.

In der Entzündungslehre steht Verf. ganz auf dem *Cohnheim*'schen Standpunct; die Carcinome werden definirt (mit *Waldeyer*) als atypische epitheliale Geschwülste, daneben aber auch ein aus Bindegewebe entstehender Krebs (Endotheliom, Endothelkrebs) zugelassen. Unter den Infectionsgeschwülsten hat die Actinomycose Aufnahme gefunden; der Abschnitt über Spaltpilze ist bedeutend erweitert. *R.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Ueber Dampfbäder. Schon längst beabsichtigte ich, zu Nutz und Frommen der heilenden und zu heilenden Menschheit im Corr.-Bl. einige Notizen über diesen Gegenstand zu veröffentlichen. Ihrer Einfachheit halber wären sie vielleicht noch lange ungeschrieben geblieben, hätte mich nicht das Referat über die Frühlingsversammlung des Centralvereins zu dieser Mittheilung aufgefordert.

Die heissen Luftbäder nach der von *Bartels* citirten Art waren mir bekannt. Ich werde sie nie mehr anwenden, nachdem ich gesehen habe, wie damit ein Vater seinem an Scharlach-Hydrops leidenden Kinde zu einer Verbrennung der Unterschenkel verholfen hat — in der besten Absicht, den Nutzeffect der heissen Luft auf's Höchste zu steigern. Dieser Unfall veranlasste mich vor mehreren Jahren, die heisse Luft durch Wasserdampf in einfachster Weise dadurch zu ersetzen, dass unter den Stuhl, auf welchen der Kranke zu sitzen kommt, eine der nun überall gebrauchten neuern Spirituslampen sammt Wasserkessel gestellt wird. In Folge der löthrohrähnlichen Hitzewirkung dieser Spiritusbrenner (à flamme forcée) entwickelt sich rasch Wasserdampf in grosser Menge und dient in ebenso sicherer als einfacher Weise dazu, eine reichliche Diaphorese zu Stande zu bringen. Da die Hydropiker meist auch Dyspnoiker sind, so fühlen sie sich in sitzender Stellung, namentlich auf einem mit Lehnen versehenen Stuhle (etwa einem gewöhnlichen Rohrsessel oder einem einfachen Gartenlehnstuhle aus Haselholz) mindestens so wohl wie im Bette; ebenso wird sich auch nur selten ein Rheumatiker finden, der es nicht aushielte, eine halbe Stunde sitzend zuzubringen.

Es ist nun unnöthig, den Patienten zu lange auf einem hölzernen Stuhl im Dampfbadcostüm warten zu lassen. Darum lasse ich vorerst die Spirituslampe genügend füllen und lebhaft brennen, setze den zu etwa drei Viertheilen mit Wasser gefüllten Kessel darauf, warte bis sich Dampf entwickelt, bringe nun den Kranken auf den Sessel, seine Füsse auf einen Schemel nahe an denselben, den dampfenden Apparat mitten unter den Stuhl, und bedecke endlich alle zusammen sorgfältig, nicht hastig, mit einer grossen dicken Wolldecke oder mit zweien, wenn eine nicht ausreicht. Der Kranke sitzt so mitten in seinem Zimmer — freilich auf dem Wasserdampfe, aber mit freiem Kopf, der nun von dienstbarer Hand nach Bedürfniss mit bereit gehaltenem frischem Wasser und Aehnlichem abgekühlt werden kann.

Der Vorgang ist nun zunächst der, dass etwa in Zeit von 10 Minuten der Raum unter der Wolldecke mit heissem Wasserdampf so vollständig gefüllt ist, dass der Decke etwas Dampf nach aussen entströmt und am Kopfe eintretende Röthe den Beginn der Schweissabsonderung anzeigt. Von jetzt an sollte der Kranke noch 15—20 Minuten aus-



harren, was auch ganz gewöhnlich geschieht, wenn man mit Erfrischen des Kopfes oder mit einem Schluck Wasser seine Geduld zu verlängern sucht. Ich habe keinen Kranken gesehen, der auf diese Weise nicht wenigstens im Ganzen 20 Minuten ausgehalten hätte; die meisten bleiben ruhig bis 25 Minuten, einige eine volle halbe Stunde gleich bei der ersten Sitzung. Länger zu sitzen halte ich für überflüssig.

Nun wird vorerst die Lampe ausgeblasen, der Apparat entfernt, eine der Wolldecken auf das zuvor hergerichtete Bett ausgebreitet, der Kranke darauf gelegt, in die Wolldecke bis an die Achselhöhlen gut eingewickelt, zugedeckt — und auf eine weitere Stunde zur Geduld vermahnt. Wer vorher etwa nicht schwitzen konnte, wird es nun so sicher wie mit der comfortabelsten Dampfeinrichtung unserer renommirten Curhôtels. Den nicht geringen Vortheil aber hat er vor jenen Anstalten, dass er zu Hause, in wohlgelüftetem Zimmer auch mitten im Winter dampfbaden kann; und vor allen mir jetzt bekannten andersartigen Hauseinrichtungen den, dass er ruhig sitzen kann ohne jegliche Gefahr von Verbrennung, ohne den beengenden Holzring eines gewöhnlichen Dampfbadkastens, ohne eigene complicirte Bettvorrichtung, vorausgesetzt nur, dass er einen Schnellbrenner, einen durchbrochenen hölzernen Stuhl, eine oder zwei Wolldecken und eine zuverlässige Person zur Verfügung hat, welche alle Anordnungen nach Weisung des Arztes genau und ruhig befolgt. Dabei geht kein Material zu Grunde (es wäre denn, dass der Stuhl etwa nur geleimt wäre), und das ganze Dampfbad erfordert den Aufwand einiger Centimes für Spiritus. Die erste Sitzung muss der Arzt selbst leiten und durch die geschilderten Vorkehren dem Kranken die Ueberzeugung beibringen, dass ihm nichts geschehen kann, wenn er sich nur ruhig verhält; dass speciell die Sitzpartie keinerlei Verbrennung zu gefahren hat und dass auch den Füssen nichts passiren kann, wenn sie nur ruhig auf dem Schemel bleiben. Magere Kranke können sich auf ein dünnes Tuch setzen; andere thun besser, mit dem einfachen Sitze auf ihrer Haut vorlieb zu nehmen.

Diese Dampfbäder können bei kräftigern Patienten alle Tage, bei schwächern in grössern Zwischenräumen gebraucht werden. Auf die Indicationen lasse ich mich hier nicht ein: sie sind Sache der Behandlungsweise des Arztes. Ich bemerke nur, dass in allen Fällen, wo ich Dampfbäder für indicirt hielt, ihr Gebrauch die auf sie gesetzten Erwartungen vollständig befriedigt hat. Ich habe sie unter verschiedenartigen Verhältnissen seit etwa 5 Jahren wiederholt in Anwendung gezogen und würde nicht für sie einstehen, wenn sie es nicht verdienten.

Biel, 15. Juli 1883. Dr. *Moll.*

Bern. Zur Technik der Heissluftbäder. Bezüglich der im Heft 7 der „Illustrirten Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik“ und „Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte“ 1883, Nr. 13, erschienenen Mittheilungen von Prof. *Quincke* und Dr. *Dubois*, sei es mir gestattet, zu bemerken, dass eine ähnliche Vorrichtung seit Jahren in Pariser Spitälern gebräuchlich ist. Ich hatte 1874—1875 fast jeden Tag in der medicinischen Abtheilung von Dr. *Bucquoy* im Hôpital Cochin Gelegenheit, solche Heissluftbäder verordnen zu sehen.

Diese Methode hat übrigens vor der *Bartels*'schen einen entschiedenen Vorzug. Ersetzt man aber (wie ich zu thun gewohnt) die Schutzbogen (*Bucquoy*, *Quincke*) durch biegsame, nicht zusammen verbundene, hölzerne Stäbchen und hat man um das Ofenrohr statt des Stützbrettes Compressen oder Lappen gelegt, so ist die höchst einfache Vorrichtung allen angegebenen Systemen vorzuziehen. Dem alten *Quincke*'schen Apparat sollte nämlich nach *Dubois* folgender Fehler anhaften: der Bettbogen nahm viel Platz ein, seine Entfernung aus dem Krankenbette nach dem Schwitzen konnte nicht ohne Abdecken des Patienten geschehen. Nun ist der von *Dubois* mit Recht berücksichtigte Fehler bei unserer Modification nicht mehr in Rechnung zu bringen, denn jedes bogenförmige Stäbchen lässt sich einzeln sehr leicht ohne Abdecken des Patienten entfernen. Die 2—3 Stäbchen nehmen nicht zu viel Platz ein, und scheint somit die Heissluftbäder-Frage, insofern sie Privatpraxis und Poliklinik interessirt, auf einfachste Weise gelöst zu sein. Einen eigentlichen (auch transportablen) Apparat brauchen wir gar nicht[1]) und wir nehmen keinen Anstand, den verehrten Collegen die *Bucquoy-Quincke-Dubois*'sche, von uns etwas vereinfachte Vorrichtung als die practischeste vorzuschlagen. Es dienen dazu:

[1]) Dass die neuesten von *Quincke* und *Dubois* angegebenen Vorrichtungen für Spitäler und Kliniken von grossem Nutzen sind, wollen wir selbstverständlich nicht in Abrede stellen.



1) ein rechtwinklig gebogenes, eisernes Ofenrohr (am Fussende oder an der einen Seite des Bettes zwischen Bettdecken und Matratze zu stecken);

2) eine Spirituslampe (unter den verticalen Theil des Rohrs zu setzen);

3) Compressen oder Lappen, besser 2 Brettchen (um den horizontalen Theil des Rohrs behufs Vermeidung von Verbrennung zu legen);

4) zwei bis drei halbkreisförmig gebogene Stäbchen, z. B. in zwei Theile geschnittene Fassreife (welche dazu bestimmt sind, die Bettdecken zu unterstützen und den Heissluftraum zu vermehren).

Pruntrut, den 6. Juli 1883. Dr. *E. Ceppi.*

Der *Dubois*'sche Apparat ist sehr portativ: es kommen alle Bestandtheile in den kleinen, verschliessbaren, mit einem Henkel versehenen Kasten. Ich empfehle ihn den Magazinen für Krankenmobilien. Ein unvermöglicher Patient liess sich kürzlich von Schreiner und Spengler den *Dubois*'schen Apparat, einfacher ausgestattet (die Klappe im Rohr fällt weg und wird durch einen Holzzapfen ersetzt, nachdem das Rohr herausgenommen ist), copiren und bezahlte 8 Fr. Der Holzkasten ist nöthig, da die Wärme gleichmässiger ausstrahlt. Das Schwitzen erfolgt rasch und ausgiebig, ebenso nach *Moll*, wie mir Versuche bewiesen. *A. B.*

St. Gallen. Unterricht in der Hygieine. Mit grossem Vergnügen nehmen wir von mitfolgenden Ergänzungen Notiz, welche Herr College *Ladame* von Dombresson uns gibt. Möchten noch recht viele andere nachfolgen und für unsere Aufklärung Zeugniss ablegen!

„Permettez-moi de compléter l'intéressant compte-rendu que vous avez donné dans le dernier numéro du „Correspond.-Blatt“ sur l'enseignement de l'hygiène dans nos cantons.

L'école secondaire de Cernier (Val de Ruz) a rendu depuis 1880 l'enseignement de l'hygiène obligatoire pour les garçons et pour les filles. J'ai été chargé depuis lors de donner un cours d'une heure par semaine aux deux classes réunies (classes mixtes supérieure et inférieure comprenant ensemble une 30e d'élèves). — Voici le programme que j'ai suivi:

1880—1881	(semestre d'hiver)	Hygiène de la peau, des vêtements etc.
1881	(„ d'été)	Hygiène des organes respiratoires et des voies digestives.
1881—1882	(„ d'hiver)	
1882	(„ d'été)	Hygiène générale. — Le sol. — L'atmosphère. — Mortalité. — Epidémies. — Climats. — Habitations etc.
1882—1883	(„ d'hiver)	
1883	programme du cours actuel	Hygiène spéciale. — Eléments d'anatomie et de physiologie avec applications à l'hygiène.
1883—1884	„ „ „ projeté	

L'école secondaire du Val de Ruz se développe chaque année et j'espère qu'elle arrivera petit à petit à se former un matériel pour l'enseignement de l'hygiène.

Agréez .....“ *Sonderegger.*

Briefe von der deutschen Ausstellung für Hygieine und Rettungswesen.

Von Dr. *Gustav Custer* in Rheineck.

III.

Ausführliche Darlegungen enthält die Berliner Stadtausstellung über Wasserversorgung, Canalisation und Rieselfelderanlagen. Hinsichtlich der Versorgung mit dem für Zwecke der Ernährung, der Reinlichkeit und des körperlichen Wohles so unentbehrlichen Wasser erfreute sich Berlin bis in die Mitte unseres Jahrhunderts durch seine Lage und Bodenbeschaffenheit im Vergleich mit andern Grossstädten bedeutender Vortheile, indem es in seinem Grundwasser eine durch eine grosse Anzahl von Strassen- und Hofbrunnen vermittelte Quelle guten Trinkwassers besass. Auch heute noch liefern die mit Wasser gesättigten Sandschichten des Spreethales einen leicht erschliessbaren, reichlichen Wasservorrath. Aber mit der in ungeahnter Progression sich steigernden Bevölkerungsvermehrung, mit der nothwendigerweise damit parallel gehenden Verunreinigung des Untergrundes musste auch das aus ihm stammende Trinkwasser sich rasch verschlechtern. Die vor Ausführung des Canalisationswerkes in der ganzen Stadt vorhandenen und noch jetzt in den nicht canalisirten Bezirken derselben existirenden

Rinnsteine, welche die Entfernung der Schmutzwässer aus den Haushaltungen besorgen sollten, hatten kein genügendes Gefäll und unebene Wände, so dass der Inhalt zu einem grossen Theil stagnirte, faulte und in den Boden eindrang. Die Fäcalien entleerte man in die Senkgruben auf den Höfen, in welchen sie gewöhnlich lange Zeit aufgestapelt blieben. Selbst wenn sie, wie dies später anbefohlen wurde, cementirt waren, so wurden sie doch allmälig durchlässig. Auf diese Weise litt die Qualität des Grundwassers und des mittelst Pumpbrunnen aus ihm beschafften Trink- und Nutzwassers in immer bedenklicherem Grade. Die ersten Anregungen für Errichtung einer centralen Wasserversorgung gingen nicht aus dem Bestreben hervor, ein qualitativ tadelloses und auch quantitativ für ausgiebigere Verwerthung im Haushalte der Familie und des menschlichen Körpers hinreichendes Wasser zu beschaffen — in dieser hygieinischen Richtung erschienen die Berliner so sorglos und leichtsinnig wie unsere Bauern —, sondern die offenkundige, den Spott jedes Fremden hervorrufende Beleidigung der Nase durch die stinkenden Rinnsteine gaben die Idee für Errichtung besonderer Wasserwerke. Durch diese sollten namentlich mittelst reichlicher Bespülung der Rinnsteine Luft, Boden und Wasser reiner gehalten werden als bisher. An einen Bezug von Wasser aus den öffentlichen Wasserläufen der Hauptstadt, speciell aus der schwarzen, an ihrer Oberfläche bunt schillernden Spree, in der statt der darin befindlichen Schwäne eher Schweine sich behaglich fühlen dürften, war ohne besondere Vorkehrungen absolut nicht zu denken. Heute erfolgt die Wasserversorgung Berlins durch Brunnen und durch die städtischen Wasserwerke. Ursprünglich arbeiteten die letzteren, mit englischem Gelde zu Stande gebracht, mittelst filtrirten Spreewassers. Da das gelieferte Quantum ein ungenügliches war, wurden im Jahre 1873 die englischen Wasserwerke von der städtischen Verwaltung angekauft und die letztere war nun von sich aus für vermehrte Versorgung mit Wasser bedacht. Im Jahre 1876 schon setzte man die neuen Wasserwerke am Tegelersee bei Berlin in Betrieb, welche ein durch Tiefbrunnen erschlossenes Quellwasser lieferten. Anno 1877 erhielt von hier aus die Stadt bereits nahezu die Hälfte ihres Wasserbedarfes. Die alten Werke vervollständigte man gleichzeitig durch Einrichtung einer neuen Wasserhebungsstation auf dem sog. Windmühlenberge und versah dieses Hochreservoir die hochgelegenen Stadttheile im Norden und Nordosten, welche bislang von der sanitären Wohlthat und Annehmlichkeit einer rationellen Wasserversorgung fast ganz ausgeschlossen geblieben waren. Durch die beiden Wasserwerke erhielt im Jahre 1880 jeder Stadtbewohner im Tag 68 Liter Wasser. Im Vergleich mit dem Verbrauche in anderen gehörige Wasserspeisung besitzenden Städten ist jenes Quantum ein recht geringes (in München 150 Liter). Nach *Grahn* betrug im Jahre 1875 in 80 deutschen Städten die disponible Wassermenge für Kopf und Tag durchschnittlich 179 Liter, der wirkliche Verbrauch nur 68 Liter. *König* hält die Wasserversorgung mit 150—170 Liter für die Ansprüche in deutschen Städten für die meisten Fälle und für alle Zwecke als ausreichend. Das durch die gesundheitstechnischen Anlagen am Stralauer Thor aus der Spree gehobene, durch Kies- und Sandfilter gereinigte Wasser wird mittelst mehrerer Dampfmaschinen in ein Röhrennetz und auch nach dem Hochreservoir geleitet. Die Röhrenleitungen communiciren mit denen der Tegelerwerke, so dass dieselben Häuser bald mit Wasser aus den alten oder den neuen Werken versehen werden. Das Wasser der Spree kann, abgesehen von seiner völligen Abhängigkeit von der Lufttemperatur wegen seiner Mischungsbestandtheile nicht als gutes und wohlschmeckendes Trinkwasser bezeichnet werden. Der Gehalt an Chlor ist gross, Ammoniak häufig in unzulässigen Quantitäten darin enthalten und die Menge der organischen Substanzen überschreitet erheblich die erlaubte Grenze. Die Anlage von mancherlei industriellen Etablissements an der Oberspree mit ihren Abwässern bildet eine von Jahr zu Jahr bedenklichere Verunreinigung. Das filtrirte Spreewasser ist stets mehr oder weniger gelblich oder bräunlich, meist trüb und liefert einen Bodensatz. Im Sommer wimmelt die Spree von Microorganismen. Die Filtration bewirken 11 Filterbassins; das Filtermaterial besteht zu unterst aus grossen Feldsteinen, dann folgt eine Schicht von grobem Kies, hierauf eine 600 mm. dichte Lage von feinem Sand. Die oberste, sich bald schwärzlich färbende Partie des letzteren wird, so oft es nöthig erscheint, abgehoben, mit der Zeit die ganze Sandschicht erneuert. Für die Reinigung des Sandes ist seit 1877 eine Dampfsandwäsche eingerichtet. Durch die Filtration wird das Wasser in seiner chemischen Zusammensetzung nur wenig verändert, dagegen geklärt und zum Theil auch



entfärbt. Die mit der chemischen stets Hand in Hand gehende microscopische Untersuchung erweist meistens eine gänzliche Abwesenheit aller Organismen. — Das unfiltrirte Wasser der Tegeler Werke leidet an einer grossen Calamität, indem dasselbe bräunliche Flocken aufweist und beim Stehen einen torfähnlichen Bodensatz in beträchtlicher Menge ausscheidet. Der Grund liegt in der massenhaften Entwicklung einer Alge — Crenothrix polyspora — in den Reservoirs. Der Bodensatz wird auch in die Leitungsröhren mitgerissen. Zur Abhülfe gegen diesen grossen Uebelstand wurde auch für das Tegeler Seewasser eine gründliche Filtration empfohlen. Das Berliner Brunnenwasser wird keiner regelmässigen, sanitätspolizeilichen Controle unterworfen, nur bei Klage findet eine chemische Untersuchung statt und der Uebelstand wird wo möglich beseitigt. Im andern Falle wird der Brunnen, sofern es ein öffentlicher ist, zugeschüttet, der Schwengel oder der Pumpstock entfernt oder man bringt auf demselben einen Schild mit der Bezeichnung „Kein Trinkwasser“ an. Die Brunnen finden namentlich dann eine gründliche Untersuchung, wenn wegen häufigerer Typhusfälle in einem Hause der Verdacht entsteht, dass möglicherweise das Trinkwasser schädlich sein könne. In hohem Grade verunreinigt sind die Brunnen der innern Stadt, welche jetzt nur selten für Entnahme der Trink- und Wirthschaftswasser benützt werden.

Hinsichtlich der Reinlichkeit in den Strassen und deren Atmosphäre erhellt der Contrast früherer und jetziger Zeit am besten aus dem Vergleich der Quartiere mit den noch bestehenden Rinnsteinen längs der Trottoirs mit ihrem zwischen den Pflastersteinen versickernden Inhalte und derjenigen Strassen, in welchen in Folge der Canalisation von stagnirenden Schmutzwässern nunmehr keine Spur zu entdecken ist.

Die Versorgung der Häuser mit fliessendem Wasser hatte die Einrichtung von Wasserclosets zur Folge, welche in den wohlhabenden Stadtgegenden immer mehr verbreitet, die Missstände hinsichtlich der Abwässer noch vermehrten, da die Closetwässer in die vorhandenen Canäle, ja selbst in die unbedeckten Strassenrinnsteine abgeleitet wurden. Die Spülung der letztern fand überdies nur zur Zeit von Epidemien in reichlicherem Maasse statt, für gewöhnlich war sie gering und konnte daher auch wenig nützen. Man trachtete deshalb nach einer gründlichen Aenderung und Verbesserung der für die Reinheit der Luft, des Bodens und des Grundwassers immer misslicheren Zustände und strebte eine gründliche Entwässerung der Stadt an. Dadurch sollten die in frühern Zeiten durchaus befriedigenden, aber allmälig mit zunehmender Bevölkerung immer schlechter gewordenen Gesundheitsverhältnisse der mittlerweile zur Metropole des deutschen Reiches avancirten Grossstadt ameliorirt werden. Das Jahr 1860 bildet bezüglich der Reinigungs- und Entwässerungsprobleme für die Stadt den Wendepunct. Es wurde eine Commission zum Studium der Städtereinigungsfrage berufen und von Oberbaurath Wiebe erging im Jahre 1861 der berühmte Bericht über ein ausführliches Project für systematische Canalisation der Stadt. Dasselbe ging dahin, die gesammten Canalwässer Berlins unterhalb der Commune bei Moabit zusammenzuführen und sodann in die Spree einzulassen. Innerhalb der städtischen Behörden entwickelte sich aber ein mehrjähriger Kampf um das beste Princip der Stadtreinigung und für die Systeme der „Canalisation und Abfuhr“ wurde auch hier wie an andern Orten heiss gestritten. Gegen die schliessliche Aufnahme der Canalwässer in den Tintenfluss Spree erhob man aus sanitätspolizeilichen Gründen Protest und wurde darauf hingewiesen, dass in der Ueberrieselung von Ackerflächen ein namentlich in England beliebt gewordenes Auskunftsmittel für anderweitige Unterbringung der Canalwässer gefunden sei. Das gleichfalls vorgeschlagene Desinfectionsverfahren für die letztern hatte sich practisch nicht sonderlich bewährt. Es wurden nun über den für die Stadt sowohl vom sanitären als auch vom technischen und öconomischen Standpuncte aus hochwichtigen Gegenstaud die eingehendsten Erörterungen und Vorarbeiten ausgeführt und erstattete im Jahre 1873 im Namen der dafür ernannten städtischen Deputation *Virchow* einen Generalbericht, auf Grund dessen die Stadtverordnetenversammlung sich im Allgemeinen mit dem Grundsatz der Canalisation Berlins mit Berieselung einverstanden erklärte. Die dabei leitende und von Baurath Hobrecht herrührende Idee besteht in dem sogenannten Radialsysteme, d. h. es sollte die Stadt behufs Ausführung des Riesenwerkes ihrer Canalisation in mehrere getrennte Canalsysteme abgetheilt werden, deren Mündungen in der Peripherie der Stadt liegen behufs Verwerthung des Canalinhaltes zu Ueberrieselungszwecken. Ganz Berlin zerfällt in 12 Canalisationsbezirke oder

Radialsysteme; die Canäle beginnen im Mittelpuncte der Stadt, wo eine wesentliche Bevölkerungszunahme durch bauliche Ausdehnung nicht mehr möglich ist und führen das Regen- und Abfallwasser der Haushaltungen sowie sämmtliche Fäcalien radienförmig nach aussen, wo der Inhalt zunächst für landwirthschaftliche Zwecke nutzbar gemacht wird. Ein besonderer Vortheil mehrerer radialer Entwässerungsanlagen liegt darin, dass viele Ackerflächen rund um die Stadt für die Berieselung zur Disposition gestellt werden können. Bis jetzt sind, wie die ausgestellten Uebersichtspläne der Entwässerungs- und Berieselungsanlagen zeigen, 5 Systeme fertig canalisirt und im Betriebe; an dieselben sind im Ganzen 9482 Häuser angeschlossen. 2 Systeme sind im Bau begriffen; für 5 Radien existiren bis jetzt nur die Projecte. An Rieselfeldern sind bisher 5870 Hectaren Fläche für mehr als $10^1/_2$ Millionen Mark angekauft. Die Kosten für die 5 ersten Radialsysteme waren auf $35^1/_2$ Millionen Mark veranschlagt.

Die Strassen sind mit Ausnahme einiger schmäleren Gassen mit zwei Leitungen — für jede Häuserreihe eine — versehen. Zu denselben werden glasirte Thonröhren verwendet. Wenn solche das Abwasser nicht mehr zu fassen vermögen, finden gemauerte Canäle von eiförmigem Profil Anwendung. Wenn auch diese nicht mehr ausreichen, sind tunnelförmige Canäle von breiterem Profil, jedoch kaum mit Ueberschreitung der Höhe von 2 Metern angelegt. Canäle und Rohrleitungen sind mit Revisionsbrunnen versehen, welche besteigbar sind; gleichzeitig dienen sie für die Ventilation der Leitungen, indem durch sie Luft ein- und austreten kann. Für jedes der 12 Radialsysteme wurde eine besondere Pumpstation bestimmt, um das in einem grossen, runden Bassin gesammelte Abwasser mittelst Druckröhren auf die Rieselfelder zu schaffen, wo dasselbe von den Dungstoffen gereinigt wird, um hernach, durch Drainröhren in Abzugsgräben gesammelt, in unschädlichem Zustande den öffentlichen Wasserläufen zuzufliessen. Die von dem kaiserlichen Gesundheitsamt in chemischer und microscopischer Beziehung angestellten Untersuchungen über die Drainwässer auf den Rieselfeldern haben deren Unschädlichkeit wissenschaftlich festgestellt. Die Berieselung macht die grössten Schwierigkeiten bei der Canalisation und findet dieselbe aus verschiedensten Motiven noch jetzt von vielen Seiten ein sehr abfällige, zum Theil geradezu verdammende Beurtheilung. Dass mit grossem Vorurtheil und arger Uebertreibung von den Gegnern zu Werke gegangen wurde, ist zweifellos, sprach man doch davon, dass der auf den Rieselgütern producirte Kohl nach dem Canalwasser schmecke, dass die Anlagen pontinische Sümpfe seien und die thierische und menschliche Umgebung derselben an Epidemien zu Grunde gehen müsste. In financieller Beziehung hat allerdings bis jetzt die Berieselungswirthschaft keine günstigen Resultate aufzuweisen, indem der jährliche Ausfall der Betriebskosten sich auf 300,000 Mk. beläuft. In sanitärer Beziehung, und diese ist ja für ein so grosses Gemeinwesen mit der Unmasse einwirkender Schädlichkeiten in vorderster Linie maassgebend, hat Berlin durch die Canalisation nach allen Berichten und statistischen Erhebungen bereits jetzt unleugbar gewonnen; es ist dies eine Erfahrung, die auch in anderen deutschen Städten gemacht worden ist, wie wir bei der Besprechung der wichtigsten Ausstellungsgegenstände mehrerer derselben noch näher hervorheben werden. Besonders wird von *Skrzeczka* auf die grössere Typhusfrequenz in solchen Häusern Berlins hingewiesen, welche der Canalisation nicht angeschlossen waren. Nach ihm hatten von den angeschlossenen Häusern an Typhus

		Erkrankungen:	Todesfälle:
	1879	1,55%	0,45%
	1880	2,02 „	0,66 „
von den nicht angeschlossenen	1879	5,60 „	1,39 „
	1880	10,69 „	2,32 „

Es kann freilich erst durch eine längere Beobachtung in völlig einwurfsfreier Weise möglich sein, die Wirkungen, welche die Canalisation auf den öffentlichen Gesundheitszustand Berlins in toto und auf die Typhuserkrankungen im speciellen ausübt festzustellen. Vielleicht dürfte aber auch für Berlin mit der Zeit ein ebenso schlagender Einfluss der Canalisation auf die Abnahme der Typhusmorbidität und Mortalität zu erkennen sein, wie er von *Soyka* für München nachgewiesen worden ist, in welchem nicht nur die Anzahl der Typhustodesfälle stetig geringer wurde, sondern auch die Epidemien an Intensität wie an Dauer ganz wesentlich verloren haben.



Wochenbericht.

Schweiz.

— Wie uns der eidg. Herr Oberfeldarzt mittheilt, findet der im Schultableau auf die Zeit vom 23. September bis 7. October angesetzte und s. Z. zeitlich abgeänderte **Operationscurs für ältere Militärärzte** nun definitiv doch zur oben genannten Zeit statt.

— **Armee-Fussbekleidung**. Wir geben die Titel einiger Schriften über diesen Gegenstand, um die verehrten Leser, die sich für die Frage der Fussbekleidung unserer Armee interessiren, auf dem Laufenden zu erhalten.

1) Dr. *Ziegler* (Bern): „Effets de la chaussure vicieuse et moyens de les prévenir", in: Quatrième Congrès international d'Hygiène et de Démographie à Genève. 1883.

2) Armee-Fussbekleidung in: Specialcatalog über die Ausstellung des schweizerischen Militärdepartements, vertreten durch den Oberfeldarzt und die schweizerischen Militärsanitätsvereine. Bern, Buchdruckerei H. Körber, 1883.

3) H. Weber, Schuhmacher in Zürich: die Vorschläge der bundesräthlichen Commission betreffend militärische Fussbekleidung vom fachmännischen Standpunkt aus. Zürich, 1883 (C. Schmidt). Mit 12 lithographirten Tafeln. Den Herren Officieren der schweizerischen Armee gewidmet!

Unsere verehrten Collegen scheinen sich, wie aus folgender Zuschrift hervorgeht, sehr für den Sohlenschnitt des Schuhmacher Weber zu erwärmen, der denjenigen des Prof. *v. Meyer* ganz mit Unrecht in Misscredit zu bringen sucht.

....„Ein Mann vom Fach, nicht ein Theoretiker, Herr Henri Weber, Schuhmachermeister von Zürich, hat sich vom practischen Standpuncte aus an die so vielfach besprochene Frage gemacht und mit Fachkenntniss seine Ansichten in der erwähnten Schrift niedergelegt. Seine Erfahrungen führen ihn zum Theil zu andern Anschauungen, als sie uns über die gleiche Frage in der Schrift des Herrn Prof. *von Meyer* in Zürich vorgeführt worden sind. Die Ansichten dieses Practikers sind derart, dass sie nicht nur meine, sondern auch diejenigen Bedenken manches andern Militärarztes aufrecht zu erhalten im Stande sind, die Bedenken nämlich, dass es wohl nicht rathsam sei, die Fussbekleidung nach Meyer'scher Form bei unsern Soldaten obligatorisch zu erklären. Wer eine Reihe von Jahren den Recrutenuntersuchungen beigewohnt hat, wird mit mir darin übereinstimmen, dass leider jene normalen anatomischen Füsse, für welche der Meyer'sche Schuh berechnet ist, sehr selten zu finden sind. Könnten bei unsern Kindern überall und von Anfang an Schuhe nach Meyer'scher Form in Verwendung kommen, dann würden wir allerdings auch für die künftige wehrpflichtige Mannschaft bald eine Schuhordonnanz aufzustellen im Stande sein; unter den bestehenden Verhältnissen aber halte ich dafür, dass weitaus die grösste Procentzahl unserer Soldaten sich wohler fühlen und marschfähiger sein wird in Schuhen nach der Form H. Weber."....

Schaffhausen, den 20. April 1883. Dr. *Emil Rahm*, Oberstlt. der Sanitätstruppen.

Wir wären froh, wenn es nur endlich einmal zu einem ausgiebigen Versuch mit der einen oder andern dieser Formen käme. Obwohl wir weder glauben, dass zu dem *Meyer*'schen Sohlenschnitt so selten, wie der obengenannte Referent meint, ein passender Fuss zu finden sei unter den Recruten, noch der Ansicht sind, man solle schon bei den Schulkindern mit einer Fussdressur beginnen, so glaubten wir doch, diese Meinung ebenfalls zur Kenntniss bringen zu sollen. Uebrigens bemerken wir ausdrücklich, dass sich nach den bisherigen Erfahrungen der *Meyer*'sche Sohlenschnitt durchaus bewährt hat.

Kollmann.

— **Epidemiengefahr.** Der Bundesrath ernannte in seiner Sitzung vom 13. Juli eine Commission von Aerzten, bestehend aus den DDr. *Sonderegger* in St. Gallen, *Zehnder* in Zürich, *Girard* in Bern, *Lotz* in Basel, *Dufour* in Lausanne, Prof. Dr. *d'Espine* in Genf, Dr. *Hürlimann* in Unterägeri, *Lorenz* in Chur und *Reali* in Lugano, welche für den Fall, dass die Gefahr einer Einschleppung der Cholera näher rücken sollte, behufs Berathung der zu treffenden Maassregeln einberufen würden.

Kaum ist das Epidemiengesetz abgelehnt und die eidg. Sanitätscommission aufgelöst, wird ein gesetzlicher Erlass gegen eine Epidemie promulgirt und eine Commission für



diese eidg. Sanitätsfrage ernannt. Difficile est .... Im Uebrigen: „Vive le roi!“ Möge er auch nach der Choleragefahr am Leben bleiben!

— **Ueber Ingwerbier.** Bezugnehmend auf die Mittheilung des Herrn Dr. *F. Schaffer* in Nr. 10 des Corr.-Bl. ist es mir aufgefallen, dass Ingwerbier zu den alcoholfreien Getränken gerechnet wird, da doch die allein gebräuchliche Vorschrift aus England, wo überhaupt das „Ginger beer“ seinen Ursprung her hat, folgende ist:

30,0 Rad. zingibris conc., 30,0 Cremor tartari und 500,0 Sacch. alb. werden mit 5 Liter kochendem Wasser angegossen und 24 Stunden stehen gelassen; hierauf 10,0 Presshefe hinzugefügt; nach 3 Tagen die klare Flüssigkeit abgegossen und in Flaschen abgefüllt und verkorkt. Dann tritt die Nachgährung ein, so dass das Getränk in einigen Tagen moussirend wird. Es ist dies somit nichts anderes als ein junges Bier, das, wenn auch geringe, Quantitäten Alcohol enthält.

Ein künstliches Ingwerbier wird allerdings auch dargestellt und dieses ist nach folgender Vorschrift alcoholfrei:

400,0 Syr. zingibris werden mit 3 Liter kohlensaurem Wasser auf der Mineralwassermaschine gemischt, in Flaschen abgefüllt und verkorkt.

A. O. Werdmüller, Apotheker in Davos.

Bern. Herr Prof. Dr. *Langhans* hat einen an ihn ergangenen Ruf nach Marburg abgelehnt, so dass dieser ausgezeichnete Forscher und Lehrer der medicinischen Facultät in Bern erhalten bleibt. Ihm unsern Dank, ihr unsern Glückwunsch!

— **Ueber die fieberwidrige Wirkung des Resorcin's** und seiner Isomeren. Berner Inauguraldissertation von *Victor Surbeck* in Burgdorf (1883).

Während die antiseptischen Wirkungen des Resorcin's bisher nur von einigen wenigen Aerzten studirt worden sind, ist das Studium der antipyretischen Eigenschaften schon vielseitiger an die Hand genommen worden. An der Spitze dieser Forscher marschirt Prof. Dr. *Lichtheim* in Bern, dessen übersichtliche Publication über diesen Gegenstand aus dem Jahre 1880 den Lesern dieser Zeitschrift noch wohl erinnerlich ist (s. Corr.-Blatt Seite 458). In vorliegender Dissertation nun folgt — etwas spät — das Détail zu diesem Aufsatz, basirt auf den auf der Berner Klinik gemachten Versuchen, von welchen eine Anzahl als Krankengeschichten den Schluss der Brochure bilden.

Mitberücksichtigt sind einige seit jenem Zeitraum erschienene Arbeiten. Der Nachtrag bringt einige kurze Notizen über Hydrochinon, Brenzcatechin und Phenol, welche entgegen den *Brieger*'schen Mittheilungen nach *Lichtheim* keinen Vorzug vor dem Resorcin haben. Collapserscheinungen infolge der Darreichung von Resorcin wurden in Bern keine beobachtet. *D. Bernoulli.*

Neuenburg. Verehrte Herren Collegen! Die Neuenburger medicinische Gesellschaft, beauftragt mit der Organisation der Herbstversammlung der „Société médicale de la Suisse romande“, macht sich eine Ehre daraus, ihre Collegen des ärztlichen Centralvereines zum Feste auf den 6. October nach Neuenburg einzuladen. Programm: 5. Oct. Collegialer Vorabend im Cercle du Musée. — 6. Oct. 8—11 Uhr: Besuch der Spitäler. 11 Uhr: Frühschoppen im Cercle du Musée. — 12 Uhr: Sitzung in der Aula (salle circulaire) der Academie.

a) Anrede des Präsidenten.

b) Vorträge, abwechselnd von auswärtigen und Neuenburger Aerzten; kein Redner darf länger als 15 Minuten sprechen.

1) Vortrag eines auswärtigen Arztes. 2) Dr. *Nicolas.* Ueber Typhus abdominalis (event. mit electrischen Projectionen). 3) (wie bei 1). 4) Dr. *Albrecht.* Die Scrophulose und ihre „der Entdeckung *Koch*'s“ entsprechende Therapie. 5) (wie bei 1). 6) Dr. *Guillaume.* Die Krankheiten in den Strafhäusern. 7) Verschiedene Mittheilungen und Vorstellung von Kranken.

2 Uhr: Banket im Cercle du Musée (zu 5 Fr. das Couvert). 4 Uhr: Abreise der Züge nach Pontarlier, Yverdon, Lausanne, Fribourg, Bern und Chaux-de-fonds.

Die werthen Collegen der deutschen Schweiz sind freundlich ersucht, bis zum 1. October ihre Theilnahme den Unterzeichneten und event. den Titel ihrer Vorträge mitzutheilen. Wir hoffen, Sie, werthe Collegen, in grosser Zahl bei uns begrüssen zu können und versichern Sie unserer herzlichen Brüderlichkeit.

Der Präsident: Dr. *E. Régnier*. Der Schreiber: Dr. *F. Borel.*



Waadt. Hygieine. In handlicher Form (kleiner, dünner, buchförmig gefalzter Carton verschiedener Farbe) verbreitet die Waadtländer medicinische Gesellschaft Vorschriften zur Gesundheitspflege über specielle, in die Augen springende Capitel (zu 10 Cts., zehn Stück zu 50 Cts.). Durch freundliche Zusendung haben wir erhalten: 1) Pflege der Kinder im ersten Lebensjahre. — 2) Schutz der Neugeborenen vor Erblindung. — 3) Wie verhüten die Hebammen das Puerperalfieber? — 4) Schutzmaassregeln gegen die Nachkrankheiten und die bösen Folgen der Geburten.

Die Regeln sind knapp, klar, leicht verständlich und dabei ganz rationell. Wir begrüssen dieses practische Vorgehen und wünschen besten Erfolg auf dem mühsamen Wege. Labor improbus omnia vincit.

Zürich. 66. Jahresversammlung der schweizerischen naturforschenden Gesellschaft in Zürich. Festprogramm. Montag, den 6. August, Nachmittags $3^1/_2$ Uhr: Sitzung der vorberathenden Commission im Zunfthaus zur „Meise". 7 Uhr ebendaselbst: Empfang der Gäste und Collation. Dienstag, den 7., 8 Uhr: erste Hauptversammlung im Rathhaussaal. Eröffnungsrede des Jahrespräsidenten, Vorträge, Geschäftliches. Nachmittags 1 Uhr: Dîner im Palmengarten der Tonhalle; Landesausstellung (mit freiem Eintritt für die Festtheilnehmer). Abends: Freie Vereinigung im Ausstellungspark. Mittwoch, den 8., 8—2 Uhr: Sectionssitzungen (zu Erfrischungen in der Zwischenzeit wird Gelegenheit geboten). 5—8 Uhr: Rundfahrt auf dem Zürichsee, nachher freie Vereinigung im Palmengarten der Tonhalle. Donnerstag, den 9., 8 Uhr: zweite Hauptversammlung im Rathhaussaal. Vorträge, Geschäftliches. Nachmittags 1 Uhr: Abfahrt auf den Uetliberg, Dîner daselbst und Schluss des Festes.

Für die beiden Hauptversammlungen stehen Vorträge in Aussicht von den Herren Prof. Dr. *Fol* in Genf, *Heer*, *Klebs* und *Vict. Meyer* in Zürich, sowie von dem Ehrenmitglied Herrn Prof. *Ed. Süss* in Wien.

Anmeldungen von Vorträgen und Mittheilungen für die Sectionssitzungen wird, wie bis anhin, der Jahresvorstand entgegennehmen.

Im Uebrigen sind alle Mitglieder, welche die Versammlung zu besuchen gedenken, gebeten, wenn möglich 14 Tage vorher Herrn Prof. Dr. *Mousson*, Präsident der Empfangs- und Quartiercommission, davon benachrichtigen und demselben mittheilen zu wollen, ob sie Vorausbestellung von Quartier wünschen.

Ferner sind die mit der Eisenbahn eintreffenden Herren ersucht, gleich bei der Ankunft in das Quartierbureau (Ecke rechts in der Aussteighalle) eintreten zu wollen, um dort Festkarte, Festzeichen und eventuell Quartierbillet zu beziehen.

Die Beobachtung dieser zwei Bestimmungen ist dringend wünschbar, um bei dem starken Andrang von Theilnehmern und Fremden einige Ordnung zu halten.

Wir machen noch besonders darauf aufmerksam, dass sich die medicinische Section, präsidirt von Herrn Prof. *Horner*, Mittwoch, den 8. August, Morgens 8 Uhr im pathologisch-anatomischen Institut versammelt und hoffen, dass recht viele Collegen an dem Doppelfeste sich erfreuen und erfrischen werden.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. Juli 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Rötheln 2 vereinzelte Fälle. — Von Varicellen und Parotitis je 1 Anzeige. — Scharlach 10 Erkrankungen (15, 19, 11), wovon 7 in Kleinbasel. — Diphtherie und Croup 5 Erkrankungen (8, 7, 7). — Typhus 18 Fälle (12, 4, 13), wovon 4 von auswärts importirt, je 6 im Birsigthale und in Kleinbasel. — Erysipelas 7 Anzeigen (9, 6, 2), je 3 aus dem Birsigthale und aus Kleinbasel. — Pertussis 13 Anzeigen (23, 14, 4), vorherrschend aus dem Birsigthale und Kleinbasel. — Icterus 2 Anzeigen (7, 1, 1) aus Kleinbasel.

Briefkasten.

Mr. le Dr. *Cuénod* à Vevey: Merci — nous changerons. — Herrn Dr. *Wagner*, Baden: Schön ist's nicht, aber wahr. — Herrn Dr. *Fiertz*, Zürich: Pag. 360, erste Linie oben, soll es heissen: „ich öffnete am siebenten Tage . . . ." Freundl. Gruss. — Herrn Dr. *Hans v. Wyss*, Zürich; Dr. *Rahm*, Schaffhausen: Besten Dank. — Herrn Dr. *F. Bärlocher* in St. Louis, Missouri: Besten Dank — das war willkommen. Freundl. Gruss.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian und **Dr. A. Baader**
in Basel. in Basel.

N° 16. XIII. Jahrg. 1883. 15. August.

Original-Arbeiten.

Zur diagnostischen Bedeutung der Tuberkelbacillen.

Von Dr. L. **Rütimeyer**, Assistenzarzt der medic. Klinik in Basel.

Wenn schon in letzter Zeit die Literatur über die diagnostische Bedeutung der Tuberkelbacillen in einer Weise angeschwollen ist, dass man beinahe von einem Uebermaass nach dieser Richtung hin sprechen könnte, so steht doch gerade jetzt noch die ganze Frage so im Vordergrunde des Interesses und wird von Wien aus der sogenannte Tuberkelbacillenkrieg noch so heftig fortgeführt, dass es zu entschuldigen ist, wenn auch kleinere Beobachtungsreihen, wie sie gewiss nun an den meisten Kliniken existiren, mitgetheilt werden.

Seit der Publication der bekannten Untersuchungen und Entdeckungen *Koch*'s vor nun 5/4 Jahren haben sich eigentlich wohl mehr als *Koch* erwartete und wünschte, die Kliniker mit dem Nachweis von Tuberkelbacillen in den verschiedensten Excretionen tuberculöser Kranker beschäftigt und es ist dies wohl vor Allem dem *Ehrlich*'schen Färbungsverfahren zuzuschreiben, welches jedem einigermaassen mit Bacterienmicroscopie Vertrauten die Untersuchung möglich macht. Von den Vertretern der pathologischen Anatomie sind dagegen die theoretisch noch wichtigern Impf- und Züchtungsversuche *Koch*'s noch relativ wenig und in ihrem ganzen Umfange noch gar nicht wiederholt und geprüft worden. Für die Kliniker war die ganze Sache allerdings von dringlicher Wichtigkeit — lag es ja ausserordentlich nahe, sich von der neuen Methode grosse und unerwartete diagnostische Sicherheit zu versprechen!

So liegen denn nach dieser Richtung hin schon sehr umfassende Untersuchungen vor, welche, soweit sie von deutschen Autoren herstammen, mit wahrhaft überraschender Uebereinstimmung die grosse Constanz des Vorkommens von Tuberkelbacillen, zumal im tuberculösen Sputum, und die Nichtexistenz solcher Pilze im Auswurf von Gesunden und nicht tuberculös Erkrankten ergaben.

Zu nennen wären vor Allem nach den ersten Angaben von *Koch* und *Ehrlich* die Mittheilungen von *Balmer* und *Fräntzel* [1]) (in toto 380 Phthisiker umfassend), *Guttmann*, [2]) *d'Espine*, [3]) *Crämer*, [4]) *Lichtheim*, [5]) *Ziehl*, [6]) *Dettweiler*, [7]) *Kredel* [8]) u. A. m.

In Constatirung der Thatsache des Bacillenbefundes im tuberculösen Sputum sind nun allerdings die genannten Autoren einig; während nun aber die meisten in den Bacillen mit *Koch* das virus tuberculosum sehen, betrachten Andere die Sache von andern Gesichtspuncten aus. So sehen *Dettweiler* und *Meissen* in den Bacillen nur mehr zufällige Begleiter phthisischer Processe, nicht aber deren Urheber, sie messen diesen Pilzen, welche nach genannten Autoren eben nur in käsigem Material ihren geeigneten Nährboden finden und deshalb sehr constante Begleiter phthisischer Processe sind, nur diagnostische, aber keine ätiologische Bedeutung bei. — Die officiellste Bestätigung fanden aber die *Koch*'schen Anschauungen von Seiten der deutschen Kliniker am zweiten Congress für innere Medicin in Wiesbaden. Es hat hier *Rühle*, der beim ersten Congress 1882 sich noch sehr reservirt der *Koch*'schen Entdeckung gegenüber verhalten hatte, nun ein Jahr später die bedeutsamen und weitgehenden Worte ausgesprochen: [9]) „Es ist unmöglich, sich mit einem Male von den eingewurzelten Lehren und den ihnen zu Grunde liegenden Erfahrungen los zu machen; — es bedarf Zeit, die grosse Entdeckung *Koch*'s mit denselben in Einklang zu bringen. Wenn dies nicht sofort in vollem Umfange gelingt, ist darum die durch die Bacillen bewiesene Infectionsnatur der Tuberculose unwahr? Wenn wir es uns noch nicht einwurfsfrei zurecht zu legen verstehen, — der Tuberkelpilz ist wirklich da. Die Zeiten sind vorüber, wo das als unwahr galt, was zu den gewohnten Gedanken nicht passen wollte — nach den neuen Thatsachen haben wir uns umzudenken!"

All' diesen die *Koch*'schen Anschauungen bestätigenden Untersuchungen und Aussprüchen gegenüber fehlt es freilich auch nicht an gegentheiligen Publicationen. Am meisten Aufsehen erregte wohl in dieser Beziehung das Buch *Spina*'s, [10]) welches allerdings von *Koch* und andern deutschen Autoren einer geradezu vernichtenden Kritik unterworfen wurde.

Nach einer Richtung hin mag *Spina* aber wohl Recht haben, wenn er darauf dringt, die künstliche sog. Impftuberculose mit nicht tuberculösen Substanzen mehr zu berücksichtigen, da ja bei solchen Versuchen auch Knötchenbildung auftreten kann. Der hier entscheidende Versuch, solche Knötchen auf Tuberkelbacillen zu untersuchen, ist unseres Wissens noch nicht gemacht worden, wäre aber gewiss von hohem Interesse. Im Uebrigen ist hier nicht der Ort auf den Streit zwischen *Spina* und Berlin, den sog. Tuberkelbacillenkrieg, einzugehen.

---

1) Berl. klin. Wochenschr. 1882, Nr. 45 und Deutsche med. Wochenschr. 1883, Nr. 17.
2) Berl. klin. Wochenschr. 1882, Nr. 52.
3) Revue médicale de la Suisse romande 1882, Nr. 12.
4) Sitzungsber. der phys.-med. Societät zu Erlangen 11. Dec. 1882.
5) Fortschritte der Medicin 1883, Nr. 1.
6) Deutsche med. Wochenschr. 1883, Nr. 5.
7) Berl. klin. Wochenschr. Nr. 7 und 8, 1883.
8) XXII. Bericht der oberhess. Gesellsch. für Natur- und Heilkunde. Medic. Gesellsch. Giessen, 13. März 1883.
9) Verhandl. des Congresses für innere Medicin. Zweiter Congress. Wiesbaden, 1883, p. 7.
10) *Spina*, Studien über Tuberculose. Wien, 1883.

Wie allerdings *Spina* behaupten kann,[1]) dass den Tuberkelbacillen gegen Farbstoffe kein anderes Verhalten zukomme, als z. B. gewöhnlichen Fäulnissbacterien, erscheint gegenüber den wohl nun auf tausende von Einzelbeobachtungen gegründeten Aussagen der genannten und mancher andern Autoren auch dem dem Tuberkelbacillenkriege Fernstehenden geradezu unbegreiflich.

Wenn ich nun zu eigenen Beobachtungen übergehe, so wäre vorerst die Färbemethode betreffend kurz zu erwähnen, dass weitaus die meisten Präparate nach der *Ehrlich-Rindfleisch*'schen Methode (Rothfärbung der Bacillen mit Fuchsin, Grundfärbung mit Methylenblau) angefertigt wurden. Es ermöglicht diese Methode in so kurzer Zeit (ca. 10—15 Minuten) fertige und gute Präparate herzustellen, dass wir keinen Grund sahen, von derselben abzugehen. Was die Untersuchung der Präparate anbelangt, so möchte auch ich betonen, dass bei spärlichem Bacillenbefunde einzig und allein *Abbe*'scher Beleuchtungsapparat und Oelimmersion verwerthbar sind. Ohne diese optischen Hülfsmittel erhaltene negative Bacillenbefunde sind werthlos.

Unser, manchen der angeführten Publicationen gegenüber, nur kleines Material ist allerdings nicht geeignet, sehr viel Neues in der uns interessirenden Frage beizubringen, anderseits ermöglicht aber wieder eine kleinere Statistik besser einzelne Fälle von besonderem Interesse hervorzuheben; auch ist eine solche durchsichtiger als sehr grosse Zahlen, wobei man einfach sagt, ohne irgendwie auf's Einzelne zu sehen, ich habe 200 Phthisiker untersucht und das und jenes gefunden.

Unser Material lässt sich ungefähr in folgende Rubriken eintheilen:

1) Untersuchung des Sputums von Pat., bei denen klinisch die Diagnose auf Phthisis pulmonum im Allgemeinen gestellt war.

2) Untersuchung des Sputums zweifelhafter Phthisiker.

3) Untersuchung von Geschwürssecreten, Eiter, Harnsediment, Fungositäten etc. bei anderweitigen tuberculösen Processen.

4) Untersuchung des Sputums von Pat. mit nicht phthisischer Erkrankung des Respirationsapparates oder beliebiger Excrete von Gesunden oder nicht tuberculösen Kranken.

Was die erste Rubrik anbetrifft, also Pat., bei denen die klinische Diagnose Phthisis pulm. im weitern Sinne des Wortes lautete, so wurde das Sputum von 68 Pat. untersucht und zwar wurden Tuberkelbacillen gefunden im Sputum von 62 Kranken, vermisst bei 6. Von den letztern soll weiter die Rede sein. Im Sputum der 62 Pat. fanden sich unzweifelhafte Tuberkelbacillen (und das scheint mir practisch nicht unwichtig) 51 Mal oder in $82^{0}/_{0}$ schon im ersten angefertigten Präparate. Mehr als 3—4 Präparate waren auch in den 11 übrigen Fällen nicht nöthig, um Bacillen zu finden; (freilich wird der practische Werth dieses Befundes dadurch herabgesetzt, dass eben bei nur sehr spärlichem Vorkommen von Bacillen meist Oelimmersion zu deren Auffindung nöthig ist).

Was die Reichlichkeit der Bacillen in den Präparaten anbelangt, so habe ich nicht wie *Balmer* und *Fräntzel* in jedem einzelnen Falle täglich Präparate unter-

[1]) l. c., p. 124.

sucht, um so im Hinblick auf den jeweiligen klinischen Verlauf der Krankheit prognostische Anhaltspuncte zu gewinnen, es steht mir also auch kein diesbezügliches Urtheil zu; immerhin lässt sich sagen, dass auch bei uns in chronischen alten Fällen die Bacillen viel spärlicher und viel kümmerlicher entwickelt waren, als in florideren Fällen; bei diesen letztern aber fanden sich alle möglichen Variationen, oft in ganz frischen Fällen mit ziemlich geringen Veränderungen auf den Lungen ganz massenhafte, oft bei Fällen mit colossaler Cavernenbildung nur spärlichere Bacillen, oft freilich war die Sache auch umgekehrt. Die Dauer des Lungenleidens betreffend waren so ziemlich alle Stadien der Phthise vertreten, von ganz frischen, erst 2—4 Wochen alten, ungewöhnlich acut verlaufenden Phthisen, die im verflossenen Winter besonders häufig bei uns beobachtet wurden, bis zur gewöhnlichen chronischen Lungenschwindsucht. Nun wird man einwenden können, wer bürgt denn dafür, dass alle diese Fälle, bei denen zufälliger Weise Tuberkelbacillen im Sputum gefunden wurden, auch wirklich alles Fälle von tuberculöser Phthise waren und nicht beliebige andere Lungenaffectionen, chronische Pneumonien nicht specifisch tuberculöser Art etc.!

Es ist dies gewiss auch ein theilweise berechtigter Einwand, und ein Punct, der in vielen diesbezüglichen Mittheilungen vermisst wird, ist der, dass man sich oft damit begnügt, zu sagen, man habe so und so viele Phthisiker untersucht, aber ob dies auch alles pathologisch-anatomisch tuberculöse Phthisiker waren, erhellt aus den Angaben nicht so sicher. Hier kann in vielen Fällen einstweilen noch nur die Section die nöthige Sicherheit geben, und gerade bei der practisch so ungemein wichtigen Sicherung der Behauptung, die ja heute noch von mancher Seite aus hartnäckig bestritten wird, — der Behauptung nämlich: wo Tuberkelbacillen, da ist tuberculöse Phthise und nichts anderes, wäre die nicht einseitig klinische Begründung der Diagnose doppelt erwünscht. Ich möchte deshalb hier ausdrücklich bemerken, dass von den 62 Patienten, welche intra vitam Bacillenbefund im Sputum ergaben, 20 gestorben sind, und dass die Section ausnahmslos bei allen zwanzig tuberculöse Phthise constatirt hat.

Von Fällen, bei denen der Befund von Tuberkelbacillen von besonderer diagnostischer Bedeutung war, stehen obenan Phthisen in den allerersten Stadien, bei denen bei fast oder ganz negativem Lungenbefund die Diagnose auf Tuberculose ohne Bacillenbefund nicht so sicher wäre möglich gewesen.

Die eine diesbezügliche Beobachtung betrifft einen 24jährigen, bis dahin immer gesunden Italiener, der 8 Tage vor Spitalaufnahme acut unter den Erscheinungen eines beginnenden Typhus abdominalis erkrankte. Die Symptome waren bei seiner Aufnahme: ziemlich hohes, am Morgen allerdings auffallend stark remittirendes Fieber, Milzvergrösserung, typhöse Zunge, diarrhoische Stühle, bald kam dazu noch Roseola. Lungenbefund ausser etwas verschärftem Athmen L. HO negativ. Husten bestand fast keiner, Auswurf gar nicht. Die Krankheit nahm bei allerdings immer auffallend remittirendem Fieberverlauf immer den gleichen Fortgang. Auf den Lungen bildeten sich in der rechten Spitze nur geringe Zeichen einer Verdichtung aus, Spur kürzerer Schall und hie und da etwas Rasseln, bis plötzlich 4 Wochen nach Spitaleintritt starke Hæmoptœ eintrat, also eine wirklich initiale Hæmoptœ. Im fast rein blutigen Sputum fanden sich ziemlich reichliche Tuberkelbacillen. Vier Wochen später, also 9 Wochen nach Beginn der Erkrankung, starb Pat.



Die Section (Prof. *Roth*) ergab acute Phthise beider Lungen, Miliartuberculose von Leber und rechter Niere, Enteritis follicularis und Tuberculosis intestini.

Ein zweiter noch reinerer Fall betrifft ebenfalls einen Italiener, 32 Jahre alt, der, früher immer gesund, am 2. März in die Klinik eintrat mit einer Pleuritis, dann einen Typhus aquirirte, von welchen Krankheiten er sich Ende April 1883 völlig erholt hatte. Anfangs Mai stellten sich bei dem in letzter Zeit völlig afebrilen Patienten schwach febrile Temperaturen (nie höher als 38,2°) ein, dazu nächtliche Schweisse und ganz spärlicher, mit wenig Auswurf verbundener Husten. Lungenbefund ausser etwas verlängertem Exspirium L. HO völlig negativ. Die Untersuchung des Sputums ergab nun deutliche Tuberkelbacillen. Einige Tage später bekam Pat. denn auch eine initiale, ziemlich reichliche Hæmoptœ.

Beim Austritt des Pat. (5. Juni) noch völlig negativer Lungenbefund, ausser dem erwähnten verlängerten Exspirium, keine Dämpfung, kein Rasseln.

Diese beiden Fälle, in deren einem die Tuberkelbacillen schon vor, beim andern in der initialen Hæmoptœ gefunden wurden, wären also den ähnlichen von *Hiller*, *Ziehl* und *Lichtheim* mitgetheilten Fällen anzureihen.

Von besonderem Interesse unter den positiven Befunden sind ferner noch 3 Fälle von Lungenschrumpfung.

Der erste betrifft einen 43jährigen Kutscher, der, früher immer gesund, im Jahre 1872 auf der hiesigen Klinik an linksseitigem pleuritischem Exsudat behandelt wurde, welches nicht zur Resorption konnte gebracht werden. Schon damals wurde beim Spitalaustritte des Pat. November 1872 starke Einziehung der linken Thoraxhälfte, bedeutende, über die linke Lunge verbreitete Dämpfung mit unbestimmtem Athmungsgeräusch notirt. Seither war Pat. öfter auf der Klinik mit den Erscheinungen stets zunehmender Schrumpfung der linken Lunge ganz in der typischen Weise, wie dies *Nothnagel* [1]) beschreibt: starke Einziehung und Difformität der linken, Ausdehnung der rechten Thoraxhälfte, Emphysem der rechten Lunge, Verschiebung des Mediastinum und des Herzens nach links vom l. Sternalrand. Ueber der l. Lunge verbreitete Dämpfung, aufgehobenes oder schwaches unbestimmtes Athmen, zerstreute Rasselgeräusche. Schliesslich gesellte sich noch dazu eine Dämpfung mit Rasseln in der rechten Spitze. Daneben, wenn keine andere Complication, wie z. B. eine im letzten Winter durchgemachte rechtsseitige Pleuritis, hinzutritt, afebriler Verlauf, nie Hæmoptœ, gute Ernährung, beinahe blühendes Aussehen, keine Spur von phthisischer Cachexie trotz des functionellen Verlustes von mindestens der Hälfte seiner Lunge und trotz 11jährigen Krankheitsverlaufes.

Aehnlich verhält es sich mit einem 33jährigen Bahnangestellten, der seit 6—7 Jahren an grosser Engigkeit, Husten mit viel Auswurf, doch nie Hæmoptœ, leidet. Hier ist die Cirrhose ganz auf die linke Lunge beschränkt, dabei starke Verschiebung des Herzens nach links, bedeutendes Emphysem der rechten Seite. Ueber der l. Lunge Dämpfung und alle Symptome von Cavernenbildung. Aussehen und Ernährung nicht cachectisch. Temp. im Ganzen afebril.

Der dritte Fall von rein einseitiger, wieder linksseitiger Lungencirrhose betrifft einen 16jährigen Jüngling, der angeblich seit seinem vierten Lebensjahre, wo er einen Typhus durchmachte, an Husten leidet. Die im Status clinicus vom 9. Januar 1883 aufgenommenen Erscheinungen sind: allgemeine Schrumpfung der l. Lunge (Hochstand des Diaphragma links, Tiefstand der l. Lungenspitze), Abflachung der l. Thoraxhälfte, leichte Scoliose, Verschiebung des Herzens nach links vom linken Sternalrand. Dabei l. überall Dämpfung, Bronchialathmen, Rasseln und Cavernensymptome. Rechts Tiefstand des Diaphragma; auf der r. Lunge keine Spur von Dämpfung, überall Vesiculärathmen. Dazu kommt noch in diesem Falle ein Zeichen, welches *Traube* wie *Nothnagel* schon als allein linksseitige Lungenschrumpfung bedeutend ansehen, nämlich eine diastolische Pulsation im II. l. Intercostalraum nahe dem l. Sternalrand entsprechend dem heftigen Schlusse der Pulmonalklappe. Krankheitsverlauf hier fast immer afebril, nie Hæmoptœ.

[1]) *Nothnagel*. Ueber Diagnose und Aetiologie der einseitigen Lungenschrumpfung. Sammlung klin. Vorträge v. *Volkmann* Nr. 66.



Bei allen drei Fällen von Lungencirrhose fanden sich im Sputum Tuberkelbacillen, im letztgenannten sogar sehr zahlreich, in den zwei ersten nur spärlich. Ich denke, dass dieses Factum wohl Schlüsse ziehen lässt auf die Aetiologie der in Frage stehenden Affection, denn anzunehmen, es fanden sich die Tuberkelbacillen nur, weil sie Caverneninhalt beliebiger Herkunft als Nährboden fanden, ist meiner Meinung nach beim jetzigen Stand unserer Kenntnisse über das Vorkommen der genannten Pilze kaum thunlich. *Nothnagel* hat in der genannten Arbeit als weitaus häufigste Aetiologie der einseitigen Lungenschrumpfung primäre Pleuritis ausgesprochen, welche secundär Bindegewebswucherungen der Lunge und Schrumpfung nach sich zieht. Von den primären Lungenerkrankungen, welche auch den Ausgangspunct des Processes bilden können, sind als seltenste die phthisischen genannt, als seltenste darum, weil eben die Pat. eher der Phthise erliegen, als die genannten uns hier interessirenden Zustände so ausgedehnter Schrumpfung Platz greifen können.

Bei dem ersten unserer drei Fälle kann wohl die vor 11 Jahren bestehende Pleuritis den Ausgangspunct gebildet haben und können secundär tuberculöse Processe die Sache complicirt haben, bei den zwei letzten, besonders aber bei dem 16jährigen jungen Menschen, der obendrein noch aus exquisit phthisischer Familie stammt, haben wir wohl 2 Fälle von reiner linksseitiger totaler Lungenschrumpfung auf tuberculöser Basis, wie solche nicht allzu häufig vorkommen dürften, vor uns.

Von besonderem, wenn auch nicht diagnostischem Interesse war ferner der Bacillenbefund in einem Falle von croupöser Pneumonie, bei einem bis dahin vollständig gesunden, starken Manne. Während des normalen Verlaufes der Pneumonie ergab die öfter wiederholte Untersuchung des rostfarbenen Sputums ausser den sog. Pneumoniecoccen nichts Besonderes. Vier Wochen später aber, wie die Pneumonie sich nicht lösen wollte, und aus der bleibenden Dämpfung mit Rasseln auf eine phthisische Affection musste geschlossen werden, konnte man es verfolgen, wie erst nur wenige, dann sehr zahlreiche Tuberkelbacillen im rein schleimig-eitrigen Sputum auftraten.

Endlich möchte ich noch einmal den früher von Herrn Prof. *Immermann* und mir [1]) mitgetheilten Befund von Tuberkelbacillen zwar nicht intra vitam im Sputum, sondern post mortem im Caverneninhalt eines diabetischen Phthisikers erwähnen. Es hat den gleichen Befund ebenfalls gemacht *Leyden* [2]) in drei, *Merkel* [3]) in einem Fall, *Riegel* [4]) in einem Falle und, was das Interessanteste ist, in einem Falle von diabetischer Lungenphthise, trotz Anfertigung von 50 Präparaten war der Befund negativ.

Es beweist dieser negative Befund wieder, dass bei Diabetes ausser der gewöhnlichen tuberculösen Phthise noch eine andere Form von Phthise vorkommt, die mit Tuberculose nichts zu thun hat und die von *Leyden* fibröse mit Ulceration

---

[1]) Centralblatt für klin. Medicin Nr. 8.
[2]) l. c. Nr. 8, Anmerkung.
[3]) l. c. Nr. 12.
[4]) l. c. Nr. 13.



verbundene chronische Pneumonie genannt wird. Je nach positivem oder negativem Bacillenbefund wären die beiden Formen nun also intra vitam leicht zu diagnosticiren.

(Schluss folgt.)

Beitrag zur Therapie der Placenta prævia.

Von Dr. D. Tramêr, I. Assistenzarzt der geburtshülflich-gynæcologischen Klinik in Bern.

Ueber Placenta prævia ist schon sehr Vieles geschrieben worden, und waren von jeher die Ansichten über die einzuschlagende Therapie bei dieser gefährlichen Geburtscomplication weit auseinandergehend.

Bereits ganz verlassene Operationsverfahren wurden wieder zu Ehren gebracht, der Tampon bald als alleiniger Retter gepriesen, bald wieder als gefährlich verworfen.

In neuerer Zeit stehen sich, die Behandlung der Plac. prævia betreffend, hauptsächlich zwei Ansichten einander gegenüber.

Nach der einen soll man sobald als möglich die Blase sprengen und einen Fuss herunterziehen, um durch den Fœtus selber, der eine Compression auf das blutende untere Uterinsegment ausüben soll, die Blutung zum Stillstand zu bringen, nach der andern soll jedoch bis zur gehörigen Erweiterung des Muttermundes die Tamponade vorgenommen und dann erst, wenn nöthig, operativ eingegriffen werden.

Als Assistenzarzt der geburtshülflich-gynæcologischen Klinik und Poliklinik in Bern hatte ich seit dem Jahre 1879 Gelegenheit, eine Anzahl Fälle von Plac. præv. zu beobachten und zum Theil selbst zu behandeln.

Ich glaubte jedoch, sämmtliche Fälle, welche in der Klinik und Poliklinik in Bern in den Jahren 1867—1883, in welcher Zeit die Behandlung der Plac. præv. die gleiche war, zur Beobachtung kamen, zusammenstellen zu sollen, um das erzielte Resultat mit demjenigen anderer Kliniken vergleichen, und einige Bemerkungen in Betreff der Therapie daran anknüpfen zu können.

Im Ganzen sind es 33 Fälle, wovon 20 Plac. præv. lateralis und 13 centralis, welche beide Categorien ich unten in den Tabellen auseinander gehalten habe.

Ich möchte jedoch bemerken, dass es bei ein paar Fällen zweifelhaft war, in welche Rubrik sie eingereiht werden sollten. Eine weitere Bedeutung hat jedoch dieser Umstand nicht.

Was die Differentialdiagnose von Plac. præv. centralis und lateralis anbetrifft, möchte ich einige Bemerkungen vorangehen lassen, da hierin die Grundsätze der hiesigen Klinik von denjenigen, welche gewöhnlich in den Lehrbüchern der Geburtshülfe angegeben sind, abweichen.

P l a c. p r a e v. können wir nur dann mit Sicherheit diagnosticiren, wenn der tiefsitzende oder vorliegende Fruchtkuchen direct durch den Muttermund gefühlt wird.

Die Diagnose auf P l a c. p r a e v. l a t e r a l i s stellen wir dann, wenn der



Fruchtkuchen den auf Handtellergrösse erweiterten Muttermund nur theilweise bedeckt und auf marginale Insertion, wenn derselbe bis an den Rand des gleich weit dilatirten Muttermundes herunterragt.

Während in der Regel eine Plac. præv. centralis bereits dann angenommen wird, wenn der Fruchtkuchen den erst für einen Finger offenen Muttermund vollständig deckt, wird an der hiesigen Klinik die Placenta als central aufsitzend bezeichnet, wenn der auf Handtellergrösse erweiterte Muttermund von derselben vollständig bedeckt wird.

Eine scharfe Grenze zwischen Plac. præv. lateralis und centralis lässt sich allerdings nicht aufstellen, da selbstverständlich Uebergänge stattfinden.

Stosst der untersuchende Finger bei verstrichenem Muttermund nirgends auf den Placentarrand, stellte sich aber ohne veranlassende Ursache während der Geburt eine Blutung aus dem Uterus ein und finden wir an der ausgestossenen Nachgeburt den Eihautriss ganz seitlich, so hatte man es wahrscheinlich mit einem Tiefsitz der Placenta zu thun.

Da jedoch die Diagnose unsicher ist, wurden solche Fälle unten nicht mit aufgezählt.

Die Häufigkeit des Vorkommens von Placenta prævia wird verschieden angegeben.

Nach einer grösseren Zusammenstellung von Dr. *L. Müller* (Plac. præv. Stuttgart, 1877) kamen unter 876,432 Geburten 813 Mal (1 : 1078) Plac. præv. vor, und waren von 1574 Fällen 227 Erstgebärende.

Als Mittel der Sterblichkeit für die Mutter, während der Geburt und im Wochenbett glaubt Dr. *L. Müller* 36—40%, für die Kinder mindestens 64% annehmen zu müssen.

Scanzoni (S. Beiträge 1873, Bericht von Dr. *Reuss*) hat bei 15 Fällen von Plac. præv., wovon nur eine central aufsitzend eine Mortalität für die Mutter von 26%. 11 Mal kam die Tamponade zur Anwendung. Von den Kindern kamen 46% lebend zur Welt.

Spiegelberg, welcher in seinem Lehrbuche räth, möglichst früh zur Operation zu schreiten, und nur bei nicht genügend vorbereitetem Cervix die Tamponade mit Wattetampons empfiehlt, hat eine Mortalität von 16%. Die allgemeine Mortalität schätzt er für die Mutter auf 30%, für die Kinder auf 50%.

Hecker (Beobachtungen und Untersuchungen an der Gebäranstalt zu München von 1859—1879) wendet die Tamponade mit dem Colpeurynter an. In 42 Fällen von Plac. præv., wovon 2 central, wurde die Geburt 29 Mal künstlich beendet und zwar meistens bei nicht schwer durchgängigem Muttermund.

Mütter starben 16,7%, von den Kindern gingen während und bald nach der Geburt 60% zu Grunde.

In der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynæcologie (VIII. Bd. 1882, Stuttgart) veröffentlicht Dr. *M. Hofmeier* in Berlin 46 Fälle von Plac. præv., welche er an der Klinik (7 F.) und Poliklinik (39 F.) beobachtete.

Ohne sich viel um die Verhältnisse des Cervix zu kümmern, schreitet *H.*, wenn möglich unter Anwendung des Chloroforms, sofort zur Operation. Nur wenn nöthig, soll die ganze Hand in den Uterus eindringen. Deckt bei engem Muttermund die Plac. denselben vollständig, wird sie perforirt und ein Fuss heruntergeholt.

Die Blutung steht, wenn man den Steiss anzieht, die Extraction soll jedoch langsam ausgeführt werden.

Bei dieser Behandlung hatte *H.* das für die Mutter äusserst günstige Resultat von nur 10,8% Mortalität, während sich dieselbe für die Kinder auf 63% stellte.

Lassen wir in gedrängter Form die Zusammenstellung der 33 Fälle von Plac. præv. folgen.



Placenta praevia centralis.

Nummer.	Control-Nummer.	Grav.	Zeit der Aufnahme und Befund.	Therapie und Geburtsverlauf.	Geburt in Woch.	Wochenbett.	Mutter Entl. ges.	Mutter Gestorb.	Kind Todtgeb.	Kind Gestorb.	Kind Entl. ges.
1	Pkl. 57 1870	7	17. V. Hydramnios. Zwillinge. Muttermund für 2 Finger offen. Pat. hat schon viel Blut verloren.	Colpeurynter. Bei handtellergr. MM. Wendung des 1. Kindes bei Querlage und des 2. bei Kopflage. Operation leicht. Geburt 17. V.	34	Normal.	1	—	—	2	—
2	Pkl. 180 1880	15	10. X. Querlage. MM. handtellergross. Kind todt.	Sofort Wendung und Extraction, wobei die Placenta vor dem Kind herausfällt.	38—40	Endometritis.	1	—	1	—	—
3	Pkl. 42 1882	8	25. II. Querlage. Kind todt. Mutter sehr anæmisch.	Sofort Wendung und Extraction bei handtellergrossem MM.	36	Normal.	1	—	1	—	—
4*	Kl. 160 1868	2	15. X. Kopflage. Kind todt. MM. handtellergross.	Sofort Wendung. Kind faultodt.	38—40	Metritis.	1	—	1	—	—
5	Fr. 7 1870	11	27. I. Kopflage. MM. für 2 Finger offen. Pat. kräftig.	Bei wiederholten Untersuchungen plötzlich starke Blutung, sofort Wendung und Extraction. Schwere Placentarlösung. Starke Blutung.	36	Septicæmie. † 8. II.	—	1	—	1	—
6	Fr. 102 1875	3	18. XI. Querlage. MM. für 2 Finger offen. Mutter sehr anæmisch.	Colpeurynter, später Wattetampons. Die Blutung hält an. Bei fünffrankenstückgrossem MM. Wendung und Extraction. MM. wenig dilatirbar. Grosser Einriss im Cervix.	34—36	Peritonitis. † 22. XI.	—	1	—	—	1
7	Fr. 50 1877	3	29. IV. Kopflage. Kind todt. Mutter anæmisch. MM. für 2 Finger offen.	Tamponade mit Schwämmen. Bei erweitertem MM. Wendung und Extraction. Geb. 30. IV.	32	Normal.	1	—	1	—	—
8	Kl. 200 1878	1	10. XI. Kopflage. Kind lebt. MM. für 2 Finger offen.	Tamponade mit in Liq. ferri getauchten Schwämmen. Bei handtellergr. MM. Wendung und Extraction. Dammriss. Geb. 11. XI.	34	Septicæmie. † 14. XI.	—	1	1	—	—
9	Fr. 129 1880	5	4. IX. Querlage. Kind lebt. MM. für 2 Finger offen. Pat. anæmisch in Folge von Blutungen.	Tamponade mit Schwämmen mehrmals. Bei handtellergr. MM. Wendung. Die Placenta war schon ganz gelöst. Geb. 6. IX.	38—40	Anæmie. † 8. IX.	—	1	1	—	—
10	Fr. 35 1881	10	26. II. Kopflage. MM. für 2 Finger offen. Pat. anæmisch. Bronchectasie.	Tamponade mit Schwämmen. Trotzdem Blutung. Bei auf Fünffrankenstückgr. erweitertem MM. ergibt die Untersuchung, dass die Plac. zum Theil abgelöst ist und eine intrauterine Blutung stattgefunden hat. Wendung und Extraction. Placentarlösung. Starke Blutung. Tamponade der Vag. Bauchbinde. Eisblase. Secale. Aether subcutan. Geb. 26. II.	32	Unregelm. Fieber. Genitalien u. Unterleib frei.	1	—	—	1	—
11	Fr. 106 1881	5	19. VII. Kopflage. Kind lebt. MM. für 2 Finger offen. Pat. sehr anæmisch.	Tamponade mit Schwämmen. Bei handtellergr. MM. Wendung und Extraction. Geb. 20. VII.		Anæmie. † 20. VII. 1 St. p. p.	—	1	1	—	—
12	Fr. 141 1881	8	27. IX. Querlage. MM. für einen Finger leicht offen. Anæmie und chron. Lungencatarrh.	Tamponade mit Watte (Polikl.), dann mehrmals mit Schwämmen. Bei fünffrankenstückgr. MM. Wendung und Extraction. Geb. 1. X.	28—30	Septicæmie. † 15. X.	—	1	—	1	—
13	Fr. 97 1882	9	15. VII. Kopflage. MM. für 2 Finger offen.	Tamponade mit Schwämmen mehrmals. Bei fünffrankenstückgr. MM. Wendung und Extraction. Geb. 17. VII.	32	Normal.	1	—	—	1	—

* Plattes Becken Cv. 8,5.



Placenta praevia lateralis.

Nummer.	Control-Nummer.	Grav.	Zeit der Aufnahme und Befund.	Therapie und Geburtsverlauf.	Geburt in Woch.	Wochenbett.	Mutter Entl. ges.	Mutter Gestorb.	Kind Todtgeb.	Kind Gestorb.	Kind Entl. ges.
1	Kl. 39 1867	1	24. XII. MM. für einen Finger offen.	Colpeurynter. Sprengen d. Blase bei für einen Finger offenem MM. Geb. 28. XII. mit Zange.	40	Normal.	1	—	—	—	1
2	Kl. 94 1868	2	17. VI. Steisslage. MM. für 2 Finger offen. Anæmie.	Colpeurynter. Später Extraction, Geb. 17. VI.	40	Endometritis.	1	—	1	—	—
3	Kl. 124 1868	2	8. VIII. MM. verstrichen.	Spontane Geburt.	32	Normal.	1	—	—	—	1
4	Pkl. 98 1869	7	18. XI. Kind todt. MM. handtellergross.	Sofort Wendung und Extraction. Placentarlösung. Kind faultodt. Geb. 18. XI.	34	Anæmie. Fieb. † 26. XI.	—	1	1	—	—
5	Pkl. 9 1871	7	16. II. Fusslage. Kind lebt.	Tamponade. Extraction. MM. umschnürte den Hals des Kindes. Geb. 17. II.	36 (?)	Normal.	1	—	1	—	—
6*	Pkl. 81 1871	6	12. XI. Kopflage. MM. für 2 Finger offen. Zwillinge.	Tamponade. Bei verstrichenem MM. Wendung und Extraction. 2. Kind Steisslage. Sprengen d. Blase. Extr. an e. Fuss. Plac.-Lös. Geb. 12. XI.	36	Normal.	1	—	—	—	2
7	Fr. 49 1871	3	17. IX. Kopflage. Kind lebt.	Tamponade. Bei fünffrankenstückgr. MM. Wendung auf einen Fuss. Geb. 19. IX.	34—36	Normal.	1	—	1	—	—
8†	Fr. 61 1872	8	9. VIII. Querlage. MM. für 2 Finger offen.	Tamponade mit Colpeurynter. Bei fünffrankenstückgr. MM. Wendung u. Extr. Geb. 10. VIII.	34—36	Normal.	1	—	—	—	1
9	Pkl. 17 1873	6	28. I. Kopflage. MM. für 1 Finger offen.	Colpeurynter. Blase gesprengt. Geb. 29. I.	36—38	Normal.	1	—	—	—	1
10	Pkl. 8 1874	10	22. I. Fusslage. MM. für 1 Finger offen. Starke Anæmie. Kind lebt.	Colpeurynter. Blutung gestillt. Geb. 22. I. Placentarlösung.	28	Anæmie. † 25. I.	—	1	1	—	—
11	Kl. 21 1874	3	30. I. Kind todt.	Wendung und Extraction bei fünffrankenstückgr. MM. Geb. 31. I.	28	Normal.	1	—	1	—	—
12	Fr. 23 1879	7	15. III. Kopflage. MM. für 2 Finger offen.	Tamponade. Bei verstrichenem MM. Wendung und Extraction. Geb. 16. III.	32	Normal.	1	—	—	1	—
13	Fr. 38 1879	9	15. IV. MM. für 2 Finger offen. Vorlagerung der Nabelschnur. Querlage.	Zurückbringen d. Nabelschn. Einleiten d. Kopfes. Blutung. Tamponade. Wieder Querlage. Wendung und Extraction. Nachgeburtsblutung. Tamponade d. Vagina. Secale. Geb. 15. IV.	40	Metritis.	1	—	—	—	1
14	Fr. 48 1879	1	7. V. Kopflage. MM. wenig offen.	Tamponade. Spontane Geburt. Geb. 9. V.	38—40	Metritis. Pleuritis.	1	—	—	—	1
15	Fr. 50 1879	6	6. V. Kopflage. Kind lebt. MM. wenig offen. MM.-Lippen „hart, wulstig“.	Tamponade. Bei fünffrankenstückgr. MM. Wendung und Extract. Trotz d. Tampon. Blutung. Geb. 7. V.	32	Anæmie. † bald p. p.	—	1	1	—	—
16	Kl. 130 1879	2	9. IX. Kopflage.	Bei verstrich. MM. Blase gesprengt. Geb. 10. IX.	40	Normal.	1	—	—	—	1
17	Pkl. 23 1880	9	4. II. Kopflage. MM. für 2 Finger offen.	Tamponade. Spontane Geburt. Geb. 4. II.	38—40	Endometritis.	1	—	—	—	1
18	Fr. 83 1881	4	29. V. Kopflage. MM. 5 Frankenstückgross.	Tamponade. Bei fünffrankenstückgr. MM. Wendung auf einen Fuss. Geb. 29. V.	36—38	Metritis.	1	—	—	—	1
19	Pkl. 52 1882	4	19. III. Kopflage. MM. für 2 Finger offen.	Tamponade. T. durch Wehen herausgetrieben. Entfernung von Placentarresten. Geb. 22. III.	38—40	Endometritis.	1	—	—	—	1
20	Fr. 71 1882	5	23. V. Kopflage.	Tamponade. Wendung bei fünffrankenstückgr. MM. und Extraction. Geb. 24. V.	40	Normal.	1	—	—	—	1

* Cv. 9. Plattes Becken. † Plattes Becken.

Drücken wir die erzielten Resultate in Procenten aus, so erhalten wir für

Placenta praevia centralis:

1. Mortalität der Mütter während der Geburt und im Wochenbett 46%.
2. Mortalität der Kinder:
   a) Bei der Aufnahme oder im Beginn der Geburt waren todt 29%.
   b) Während der Geburt starben ab 21%.
   c) Mit Abzug der sub a) angegebenen starben 64%.

1) Mütter wurden gesund entlassen 54%.
2) Kinder wurden gesund entlassen 7%.

Placenta praevia lateralis:

1. Mortalität der Mütter 15%.
2. Mortalität der Kinder
   a) Bei der Aufnahme waren todt 9%.
   b) Während der Geburt starben ab 24%.
   c) Mit Abzug der sub a) angegebenen starben 29%.

1) Mütter wurden gesund entlassen 85%.
2) Kinder wurden gesund entlassen 62%.

Placenta praevia centralis und lateralis:

1. Mortalität der Mütter 27%.
2. Mortalität der Kinder 60% (todtgeboren und gestorben).
   a) Bei der Aufnahme waren todt 17%.
   b) Während der Geburt starben ab 23%.
   c) Mit Abzug der sub a) angegebenen starben 43%.

1) Mütter wurden gesund entlassen 73%.
2) Kinder wurden gesund entlassen 40%.

Wie wir sehen, ist die Sterblichkeitsziffer für Mutter und Kind eine ziemlich hohe.

Welche Therapie wir jedoch auch einschlagen mögen, immer werden wir eine Reihe unglücklich verlaufender Fälle zu verzeichnen haben, da eben nicht die Behandlung allein den Ausschlag gibt, sondern der Zustand, in welchem die Mutter bei der Aufnahme sich befindet.

Die Plac. præv. centralis bietet für Mutter und Kind eine bedeutend ungünstigere Prognose als die lateralis.

Die Mutter kommt oft im Zustande der höchsten Anæmie in unsere Behandlung, die Blutungen sind stärker und schwerer zu bekämpfen. Die grosse Schwäche der Patientin, die schweren operativen Eingriffe, die mangelhaften Contractionen des Uterus, Nachblutungen u. s. w. bedingen häufiger puerperale Erkrankungen.

Was die Kinder anbetrifft, will ich nur hervorheben, dass dieselben meistens frühzeitig geboren werden und häufig bereits bei der Aufnahme abgestorben sind.

(Schluss folgt.)

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

6. Sitzung vom 20. Februar 1883 bei Webern.[1])
Präsident: Prof. *Pflüger*, Actuar: Dr. *Ost*.
Anwesend 16 Mitglieder.

1) Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

2) Dr. *Dubois:* Vortrag und Demonstration eines Falles von Neuritis acuta (Der Vortrag erscheint in extenso im Corr.-Bl.)

Discussion: Prof. *Lichtheim* frägt an, wie es sich verhalte mit der Reaction des Adductor pollic., was wichtig sei für die Frage einer ascendirenden Neuritis des Nerven Ulnaris. Die Prüfung müsste mittelst Anodenzuckung geschehen, da bei der erforderlichen faradischen Stromstärke keine isolirten Zuckungen zu bekommen wären. Die Annahme einer ascendirenden Neuritis sei eben doch noch sehr hypothetisch. Trotzdem die Verdickung und Schmerzhaftigkeit des Ulnaris zweifellos sei, so sei doch die Atrophie des M. Biceps am stärksten ausgesprochen, überhaupt biete der Fall viel Ungewöhnliches dar; wichtig sei vor Allem, ob wirklich in der Genese der Erkrankung keine Krankheitserscheinungen der Affection des Ulnaris vorausgegangen seien. *Lichtheim* erinnert an das auch pathol.-anatomisch nachgewiesene Krankheitsbild der multipel auftretenden Neuritis nodosa von *Leyden*. Von *Eichhorst* und anderen, namentlich französischen Autoren sind solche Fälle publicirt worden, zweifellos handle es sich um periphere Lähmungen. *Leyden* hat für diese Form der multipel auftretenden Neuritis eine besondere Infection angenommen, ähnlich wie bei dem japanesischen Krankheitsbild Beri-Beri. Mit Rücksicht auf die Schmerzen auch im anderen Arm, die starke Betheiligung von Muskeln, die nicht vom Ulnaris versorgt werden und der noch hypothetischen ascendirenden Neuritis möchte *L.* die Möglichkeit multipler Herde nicht unerwähnt lassen.

Dr. *Dubois* hat bei der electrischen Prüfung der vom Ulnaris einerseits, von den anderen Nerven andererseits versorgten Gebiete solche electro-motorische Verschiedenheiten gefunden, dass er an der Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Neuritis ascendens ulnaris festhalten möchte. Die Schmerzen im anderen Arm des Patienten hätten nur einen Tag gedauert und seien von keiner Lähmung gefolgt gewesen.

3) Dr. *Stooss:* Ueber Retropharyngealabscess im Säuglingsalter.

Dr. *Stooss* beobachtete bei einem 5 Monate alten Kinde einen Fall von Retropharyngealabscess, der — vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Incision gerechnet — sich in der Zeit von 3 Tagen entwickelte. Der im Uebrigen gesunde und kräftige Knabe erkrankte, inficirt durch seinen älteren Bruder, an leichten Varicellen. Ein Tag nach dem Erscheinen der sehr spärlichen Eruption stellte sich, während das Kind schlief, bei der Inspiration ein schnarchendes Geräusch ein; die Besichtigung des Pharynx liess nichts pathologisches erkennen. In den

[1]) Erhalten 2. Juli 1883.



nächsten 2 Tagen gesellte sich zu dem Schnarchen Dyspnoe und Dysphagie, das Schnarchen hatte sich bedeutend gesteigert. Die Inspection des Rachens ergab auch jetzt nichts, dagegen konnte man nun mit der Fingerspitze unter der l. Tonsille eine Vorwölbung von kugliger glatter Oberfläche fühlen, welche sich so weit nach unten erstreckte, dass das untere Ende nicht abgetastet werden konnte. Die Incision entleerte ziemlich viel weissgelben geruchlosen Eiter. Nach 4 Tagen hatte sich der Abscess wieder gefüllt und musste eine zweite Incision gemacht werden, worauf vollständige Heilung erfolgte.

Dr. *Stooss* bespricht im Anschluss an diesen Fall die Pathologie des Retropharyngealabscesses.

Solche acute Fälle lassen die Auffassung des Retropharyngealabscesses als primäre Lymphadenitis, welche besonders von *Bokai* vertreten wird, kaum zu; es liegt viel näher, hier eine primäre Entzündung und Abscedirung des Zellgewebes der Rachenwand ohne Mittelglied der Lymphdrüse anzunehmen in Folge Infection irgend welcher Art, für welche ja Grund genug im Säuglingsalter vorhanden ist; im vorliegenden Falle wohl in Folge einer dem Auge nicht zugänglichen Varicellenpustel.

Er demonstrirt an Horizontalschnitten durch den Hals des Neugeborenen und des Foetus (Präparat von Herrn Prof. *Flesch*) die Lage der besonders von *Bokai* und von *Gautier* als bedeutungsvoll hervorgehobenen Lymphdrüse und die seitliche Ausdehnung des ausserordentlich lockeren prävertebralen Zellgewebes, in welchem Infectionsstoffe sehr günstigen Boden zur Entwicklung finden dürften.

In Bezug auf die Symptomatologie betont er hauptsächlich den sehr auffälligen Unterschied der Intensität der Symptome im wachenden und schlafenden Zustand des Patienten. Während das wachende Kind scheinbar gesund frei athmet, stellen sich oft beim Schlafen sofort lautes Schnarchen und Erscheinungen hochgradiger Dyspnoe ein.

Discussion: Dr. *Ost* erinnert an die relative Häufigkeit, mit welcher Retropharyngealabscesse im Verlauf und Gefolge von solchen acuten Infectionskrankheiten auftreten, welche vorzüglich den Pharynx befallen, wie Scharlach, Diphtheritis und Masern. Bezüglich der Differentialdiagnose wäre auch die Coryza, besonders diejenige auf luetischer Basis, zu erwähnen. Auffallend an dem referirten Krankheitsfall ist die rasche Bildung des Abscesses innerhalb 3 Tagen.

Dr. *Dubois* betont die Wichtigkeit der Palpation bei Retropharyngealabscessen, welche in diesem Falle einzig die Diagnose und damit die erforderliche Therapie möglich machte.

Dr. *G. Jonquière* erinnert an das bei Retropharingealabscessen häufige Symptom der schiefen Haltung des Kopfes, welche in diesem Fall fehlte.

Prof. *Flesch* macht aufmerksam auf die Verschiedenheit der anatomischen Verhältnisse des Cavum pharyngo-nasale beim Säugling und beim Erwachsenen. Bei ersterem finden sich eine Reihe von Längsfalten der Schleimhaut vor, welche mit ihren zahlreichen Follikeln für Entzündungsprozesse aller Art einen sehr günstigen Boden darbieten, von wo aus es bei lockerem submucösem Bindegewebe leicht zur Bildung von parapharyngealen Abscessen kommen kann.



4) Auf eine Anfrage des Präsidiums nach dem Genius epidemicus in Bern berichtet Prof. *Lichtheim* über die gegenwärtig noch die Stadt alarmirende Familienepidemie (Fueter) von Pneumonia contagiosa, welche von Balsthal (Solothurn) nach Bern verschleppt wurde, hier zunächst Frau F., dann den Ehemann, dann dessen Bruder und behandelnden Arzt, endlich zwei Wärterinnen und entfernter wohnende Verwandte ergriff.

Eine eingehende Beschreibung dieser höchst interessanten Familienepidemie wird wohl später erfolgen.

5) Geschäftliches.

Ende der Sitzung 11 Uhr.

Referate und Kritiken.

Lithotomie und Lithotripsie.

Von Sir *Henry Thompson*.

Nach der dritten Auflage der „Practical Lithotomy and Lithotrity" übersetzt von Dr. *H. Goldschmidt*. Kassel und Berlin, Th. Fischer, 1883. 306 S.

Des Verf. Weltruf für Steinkrankheiten bürgt für den bleibenden Werth seines Werkes. Die deutsche Uebersetzung ist mustergültig; sie zeigt nicht nur, wie vertraut der Uebersetzer mit dem englischen Idiome, sondern fast noch mehr, wie sehr er die Materie selbst kennt.

Die dritte Auflage des *Thompson*'schen Werkes enthält einen tabellarischen Bericht über alle Steinoperationen bis zum Jahre 1877 an zusammen 437 Patienten; und auf diese grossartige Casuistik bauen sich des Verf. Erfahrungen und Ansichten, die er in seinem Werke niederlegt.

Als Normalmethode des Steinschnittes wird der Seitensteinschnitt hingestellt. Derselbe wurde im Ganzen 78 Mal ausgeführt, 49 Mal mit glücklichem und 29 Mal mit unglücklichem Erfolge. Besonders hervorzuheben sind des Verf. Ansichten über die Wundbehandlung beim Steinschnitte. Er behandelt nur offen: „kein Verband, keine Bedeckung irgend einer Art ist jemals angewandt worden; ich habe vielmehr so viel frische Luft wie möglich zugelassen." Von den 29 Todesfällen war nur einmal Septicæmie die Ursache. Als bestes Mittel gegen die Harninfiltration nach dem Steinschnitte wird eine möglichst ausgiebige Incision empfohlen und gewarnt vor dem gewaltsamen Erweitern des innern Wundabschnittes und dadurch bedingter Zerreissung der Gewebe. Letztere wird vor Allem für die Harninfiltration verantwortlich gemacht.

Eine erschöpfende Bearbeitung hat die Lithotripsie erfahren, an deren Vervollkommnung Verf. ja einen so bedeutenden Antheil hat. Sowohl die speciell *Thompson*'sche Methode wie die neuere *Bigelow*'sche Lithotripsie in einer Sitzung sind geschildert und in ihren Resultaten gewürdigt. Da letztere erst jüngst in unserem Blatte besprochen wurden, werden sie hier nicht specieller erwähnt. (Cf. Nr. 6, 15. März 1883, pg. 160.)

Kaufmann.

Handbuch der kleinen Chirurgie.

Für pract. Aerzte von Dr. *Wolzendorff*. Leipzig und Wien, bei Urban & Schwarzenberg.

Wenn der Verfasser schon im Vorworte seines Werkes den Leser auffordert, sich nicht an den Titel desselben anzuklammern, so hat er vollständig Recht. Wer wollte heutzutage wohl definiren oder umgrenzen, was zur „kleinen" und was zur „grossen" Chirurgie gehört?

Seitdem das Sprichwort „kleine Ursachen — grosse Wirkungen" in der chirurgischen Technik seine allseitigste und vollste Berechtigung sich erworben, seitdem Chirurgen durch geradezu oft unscheinbare Hülfsmittel grosse Erfolge errungen, seither gibt es eigentlich keine kleine Chirurgie mehr. Wenn wir den Namen aber dennoch beibehalten, so geschieht es wohl deshalb, weil wir gemeiniglich unter die kleine Chirurgie die ge-



sammte chirurgisch-technische Therapie mit Ausschluss der engeren Operationslehre einreihen.

Die Behandlung der Materie ist in den einzelnen Capiteln eine sehr gründliche, von den einfachsten Begriffen ausgehend und oft gerade deswegen sowohl für den Arzt als auch für den Studirenden recht werthvoll, weil er in eine Menge von Handgriffen eingeweiht wird, deren er in seinen klinischen Semestern nie ansichtig wurde, da sie von „flinken Assistentenhänden" in der Regel schon zum Voraus für eine „klinische Demonstration" vorbereitet oder ausgeführt waren.

Zudem hat sich der Herr Verfasser in verdankenswerther Weise die Mühe genommen, bei vielen Capiteln eine geschichtliche Darstellung von der Entwicklung des behandelten Stoffes beizugeben, welcher Umstand gewiss viel dazu beiträgt, die Lecture des ganzen Buches zu einer sehr angenehmen und anziehenden zu machen.

Besonders gut ausgearbeitet sind die Capitel: „Antiseptische Behandlung der Wunden", „die Blutstillung", der „Catheterismus", die „erhärtenden Verbände". Aber auch keiner Voreingenommenheit gegen das eine oder andere gegenwärtig „Moderne" macht sich Verfasser schuldig, sondern überall tritt seine wohlthuende Objectivität zu Tage. So wird z. B. die berühmte Massage, eine Zeit lang das „Mädchen für Alles", in die ihr gebührende Grenze zurückgewiesen, anderntheils z. B. über die Jodoformbehandlung nicht so rückhaltslos der Stab gebrochen, wie es auch schon vorgekommen ist von chirurgisch gewichtiger Stimme.

Mit einem Worte, das Buch ist für Aerzte und Studirende schon lange Bedürfniss gewesen, und *Wolzendorff* hat mit seiner Bearbeitung den Nagel auf den Kopf getroffen.

Ueber Ausstattung des Buches von Seite der Verlagshandlung Worte zu verlieren, wäre bei dem bewährten Namen dieser Firma mindestens überflüssig.

Dr. *Burtscher.*

Arzneiverordnungen der Tübinger klinischen Anstalten.

Herausgegeben von Dr. *Franz Keller.* (Tübingen, Fr. Fues, 1883. 4 Mark.)

Die vorliegende Arbeit des ersten Assistenzarztes der Tübinger Poliklinik lehrt in kurzer, sehr sorgfältiger Zusammenstellung Eigenschaften, Wirkungsart, Anwendung, Dosirung und Verordnungsformeln der an den klinischen Anstalten der Universität Tübingen gebräuchlichen Arzneimittel, unter Zugrundelegung der neuen Auflage der Pharmacop. Germ. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei den Intoxicationserscheinungen gewidmet worden. Ein Anhang enthält Vorschriften zur Bereitung der Materialien des antiseptischen Verbandes, u. A. des Sublimatverbandes, ferner einen Auszug aus der württembergischen Arzneitaxe, endlich eine Tabelle der Maximaldosen. Darf somit das Werkchen als ein ausgesprochenes Tübinger Product bezeichnet werden, welches in erster Linie localen Bedürfnissen entgegenkommen will, so wird man vielleicht gerade deshalb auch anderwärts nicht ungern dies Compendium zur Hand nehmen, welches in gewissem Sinne die therapeutischen Erfahrungen eines *Liebermeister*, *Jürgensen*, *Sæxinger*, *Bruns*, *Nagel* wiederspiegelt.

Das handliche Werkchen ist mit Schreibpapier durchschossen, wie denn die äussere Ausstattung alles Lob verdient.

Dr. *C. Nauwerck.*

Das chronische Magengeschwür, sein Vernarbungsprocess und dessen Beziehungen zur Entwicklung des Magencarcinoms.

Von *G. Hauser* (Erlangen). Leipzig, F. C. W. Vogel, 1883. 80 S., 7 Taf.

Auf Grundlage einer Beobachtung von frischem Magengeschwür, in dessen Basis sich 2 Arterien atheromatös und aneurysmatisch degenerirt fanden, nimmt Verf. Gelegenheit, die Wichtigkeit der Arterienkrankheiten für das Zustandekommen des chronischen Ulcus ventriculi hervorzuheben. — Die histologische Untersuchung dreier Fälle von vernarbten Geschwüren ergab, dass die Vernarbung von einer Wucherung der Magendrüsen begleitet wird. Die Drüsen verlängern sich durch die Muscularis mucosæ in die Submucosa hinein und ändern dabei ihren Charakter, indem statt Labzellen cylindrisches und cubisches Epithel auftritt. — Gewöhnlich beschränkt sich diese Drüsenwucherung; wird sie aber bedeutend, so geht daraus die carcinomatöse Degeneration der Magennarbe hervor, wofür Verf. eine Beobachtung beibringt.

R.

Cantonale Correspondenzen.

Aargau. Dr. *Karl Otto Zehnder* †. Schon wieder hat uns der unerbittliche Tod einen sehr ehrenwerthen, hochgeachteten Collegen im schönsten Mannesalter aus sehr ausgedehnter und segensreicher Praxis entrissen. Am 7. Juli nämlich starb in sorgsamster Pflege seines intimen Freundes, des Herrn Director Dr. *Schaufelbül*, in Königsfelden: *Karl Otto Zehnder* von Birmensdorf (Aargau), wohnhaft gewesen in Stein (Aargau). Derselbe wurde geboren 1831 in Birmensdorf, wo sein Vater neben Wirthschaft, Landwirthschaft und Rebbau die Ausbeutung des vielbekannten Birmensdorfer Bitterwassers betrieb. Da durch Geschäftsänderung die Familie später nach Aarau hinübersiedelte, so verlebte der Verstorbene seine Jugendjahre in Aarau, wo er unter Benutzung der dortigen Schulen eine sorgfältige Erziehung genoss. Reichbegabt mit Talenten verliess er nach wohlbestandener Maturitätsprüfung im Frühjahr 1850 das aargauische Gymnasium, um zum Studium der Medicin die Universität Zürich zu beziehen. In den spätern Semestern ging er von Zürich aus, wie damals üblich war, an die Universitäten Würzburg, Leipzig und Prag und wurde anno 1855 nach sehr gut bestandenem Staatsexamen als aarg. Arzt patentirt. Nicht sogleich jedoch wollte er zur aurea Praxis übergehen. Die Homöopathie schien auf den strebsamen und lebhaften Jüngling eine besondere Anziehung zu üben, weshalb er sich dem damals in Rottweil (Württemberg) wohnenden berühmten Arzte Dr. *Rapp*, dem nachmaligen Professor Tübingens, zuwandte. Hier verlebte er nach seiner oftmaligen Erzählung sehr schöne, heitere Tage, trieb Homöopathie zum Scherz und kehrte, total von seiner „Neigung" curirt, bald in seine Heimath zurück, wo er sich anno 1856 als pract. Arzt in Zurzach niederliess. Von dort aus siedelte er im Sommer 1858 nach Frick über, wo er sich sehr bald eine ausgedehnte Praxis erwarb. Im Frühjahr 1860 etablirte er sich in Stein (Aargau), wo er bis nahe an sein Ende verblieb. Hier war das Hauptfeld seiner Thätigkeit. Bald hatte er sich neben den um Stein liegenden Ortschaften der Schweizerseite auch in dem benachbarten bad. Städtchen Säckingen mit seinen aufwärts und abwärts gelegenen Dorfschaften, sowie auf dem Schwarzwald eine ausgedehnte Clientèle erworben und sich überall als sehr tüchtiger Arzt hervorgethan. Er verstand es, mit Hoch und Nieder zu verkehren; verschmähte es auch gar nicht, der ärmsten Hütte seine Besuche zu machen und den darin leidenden Kranken Hülfe zu bringen. Infolge seiner allseitigen Bildung und bedeutenden Wissens war er ein guter und gerne gesehener Gesellschafter. Nach bürgerlichen Aemtern und Ehren trachtete er nie, doch bekleidete er Ende der 60er Jahre für eine Periode die Stelle eines Grossrathsmitgliedes seines Wahlkreises. Berufliche Beamtungen bekleidete er als langjähriges Mitglied des aarg. Sanitätsrathes und als Stellvertreter eines Mitgliedes der Concordatsprüfungscommission für den Prüfungsort Basel. Jeder, der ihn kannte, entdeckte in ihm den durch und durch wissenschaftlichen Arzt, der mit vielem Fleiss und Wissensdrang den Fortschritten der gesammten Medicin folgte. Leider fesselten ihn oft Krankheiten an's Lager und verbitterten ihm so viele Stunden seines Lebens, dass er oft seiner Praxis überdrüssig wurde. Seit etwa $2^1/_2$ Jahren nie mehr recht gesund, befiel ihn ein chronisches Leberleiden, dem er nach seiner sichern Berechnung und nach vielen Leiden, kaum 52 Jahre alt, erliegen musste. Er besorgte noch bis nahe an sein Ende, so gut es gehen mochte, seine Praxis, bis er einsah: „es geht nicht mehr". Als gefahrdrohende Erscheinungen sich zeigten, begab er sich mit voller Resignation zu seinem lieben Freunde nach Königsfelden und starb dort nach kaum 3wöchentlichem Aufenthalt, nach zweimaliger Punction schmerzlos-ruhig und sanft einschlafend. Eine trauernde Gattin und Kinder hinterlässt er nicht, wohl aber trauern neben seiner eigenen Familie von Brüdern und Schwestern eine Menge Familien um den gewissenhaften und geschickten Arzt und seine Collegen von Nah und Fern vermissen den wohlbewährten Berather und scharfen Diagnostiker.

So ruhe denn sanft auf dem einsamen Kirchhof deines Geburtsortes, wohin wir dich am 9. Juli ohne grossen Pomp, wie du es bei Lebzeiten immer gewünscht, ja in fast unverdienter Stille, aber in ernster Trauer begleitet haben. Ruhe aus von den schweren Mühen und Strapazen des ärztlichen Berufes; wir aber werden dir ein immerwährendes Andenken bewahren. Sei dir die Erde leicht! *M.*



Genf. Einige mit mehr oder weniger Erfolg **neu eingeführte Medicamente** veranlassen mich zu folgender Mittheilung:

Kairin. Seit langer Zeit wird an der synthetischen Darstellung des Chinins emsig gearbeitet und sind auch wirklich verschiedene neue Körper dieser Gruppe gefunden worden.

Nach dem missglückten Versuche, das Chinolin als Surrogat für Chinin zu verwenden, zieht gegenwärtig das Kairin die Aufmerksamkeit auf sich. Das Oxychinolinmethylhydrür, der Kürze halber vom Entdecker, Herrn *O. Fischer* in München, Kairin genannt, hat die chemische Formel C_{10} H_{13} NO. Seit den von Herrn Prof. *Filehne* hiemit angestellten Versuchen haben die fortgesetzten Studien zu neuen Entdeckungen geführt, so dass jenes erste Präparat nun Kairin M. und ein zweites, mit noch grösserem Erfolge angewandtes, einfach Kairin genannt wird. Besonders kommt jetzt aber das salzsaure Kairin in Betracht, welches ein krystallinisches, graugelblichweisses Pulver darstellt. Es besitzt grosse Löslichkeit in Wasser und schmeckt salzig bitter, etwas aromatisch brennend. Nach den ausgedehnten Versuchen der Proff. *Filehne*, *Leube*, *Hallopean* u. A. sprechen sich dieselben ausserordentlich günstig über dieses neue Antipyreticum aus. Auch in unserm Spital wird dasselbe seit 2 Monaten verwendet, doch halten unsere Aerzte dafür, dass sich das Kairin für Fieber in Fällen von chronischen Krankheiten besser als für das acute Auftreten desselben eigne.

Nach den bisherigen Erfahrungen haben Dosen, am besten in Pulverform mit Oblaten, unter 0,3 grmm., bei einmaliger Verabreichung so gut wie keinen Einfluss auf die Temperatur, gesunde, kräftige Personen können 1—1,5 grmm. ohne jede physiologische Wirkung, besonders auch ohne Temperaturveränderungen zu verspüren, einnehmen. Bei Fieberkranken gibt man Dosen von 0,3, 0,5 bis 1 grmm. Schon die erste Gabe genügt, die Temperatur um $^1/_2$—2^0 herunterzudrücken, setzt man dieselbe vor der Beendigung der von den ersten Dosen hervorgerufenen Wirkung fort, so kann man die Körperwärme leicht zur Norm und darunter bringen.

Eigenthümlicher Weise färbt sich der Urin beim Gebrauche des Kairins (sowie des Kairolins und des Chinolinäthylhydrürs) dunkelgrün, doch findet man darin weder Eiweiss noch Zucker.

Hydrargyrum formamidatum. Das Formamid des Quecksilbers wurde von Prof. *Liebreich* zuerst bei Syphilis subcutan eingespritzt und die günstigen Erfolge dürften ihm schon jetzt eine grosse Verbreitung verschafft haben. Herr Dr. *A. Wyss*, gewesener Assistenzarzt der medic. Klinik, der das neue Mittel versuchsweise zur Anwendung brachte, theilte mir mit, dass bei Einspritzungen von 0,01 (Lösung 1 : 100), alle 2 Tage wiederholt, sich sämmtliche syphilitische Erscheinungen gleich von Anfang an bedeutend vermindern.

Bis jetzt erhält man das Quecksilber-Formamid in wasserheller Lösung (1 : 100), so dass jede Spritze von 1 ccm. davon 0,01 grmm. enthält. Das Salz entsteht beim allmäligen Zusammenbringen von in etwas Wasser vertheilten, 10—13 Theilen frisch gefälltem, gut ausgewaschenem, noch feuchtem Quecksilberoxyd mit 10 Theilen Formamid in einer über dem Wasserbade stehenden Porzellanschale. Nach der eingetretenen Lösung wird die Flüssigkeit genau auf 1 Liter verdünnt, filtrirt und man hat darin auf 1 ccm. 0,01 grmm. Hg.

Dieses Quecksilbersalz schmeckt verhältnissmässig wenig metallisch und hält sich in der Lösung, besonders in dunklen Gläsern, sehr gut.

Pulverisirtes Fleisch. (Theilweise aus meinem Artikel in der pharm. Centralhalle 1883, S. 232.)

Die medicinischen Zeitschriften Frankreichs sprechen seit über einem Jahr von den ausgezeichneten Erfolgen, welche die Aerzte mit der Uebenernährung (Suralimentation) bei Auszehrenden erzielt haben. Dazu dient besonders das Fleischpulver, dessen Darstellung weiter unten besprochen werden soll. Im hiesigen Spital wendet man dasselbe seit langer Zeit mit ziemlichem Erfolge an und haben wir daher Gelegenheit gefunden, uns genauer damit zu befassen.

Herr Dr. *Debove* (wie uns Herr Dr. *A. Mayor* in der Revue médicale de la Suisse romande, 1882, Nr. 8, S. 417 mittheilt) begann mit Auszehrenden, die wegen Brechreiz nichts mehr essen konnten, die Ernährung vermittelst der Magensonde; erhöhte auch die



Dosen der Nährstoffe, als er sah, dass sich die Kranken wohler zu befinden begannen. Dabei kam er auf den Gedanken, die Ernährung nach und nach aussergewöhnlich zu erhöhen, woran sich die körperlich sehr heruntergekommenen Schwindsüchtigen bald gewöhnten und sichtlich an Körperschwere, Kräften und Aussehen gewannen. Um das Volumen zu vermindern und die Portionen daher an Nährstoff beträchtlicher erhöhen zu können, fand er das ausgetrocknete und nachher pulverisirte Fleisch als das geeignetste.

Von kleinen Dosen zu 25 grmm. steigt man rasch bedeutend, so dass den Kranken das zwei- bis dreifache der gewöhnlichen Ernährung beigebracht wird. Das Fleischpulver wird in Milch oder Fleischbrühe suspendirt und langsam in den an die Magensonde befestigten Trichter gegossen.

Auf diese Weise behandelte Kranke nehmen im Tag 80—100 grmm. an Körpergewicht zu. Man hat ferner bemerkt, dass sich der Urin bedeutend vermindert, was die Erscheinung erklärt, dass die Kranken weniger Durst fühlen. Dennoch aber erhöht sich die Quantität des abgesonderten Harnstoffes von 10—15 auf 50—60, ja bis auf 80 grmm. pro Tag. Alles dieses sind Zeichen der ausserordentlichen Activität des Umsetzungsprocesses.

Was die Erfolge mit der „Suralimentation“ bei tuberculösen Kranken anbetrifft, so rühmen dieselbe besonders die Franzosen.

Aus verschiedenen Quellen erhaltenes Fleischpulver zeigte nun ganz bedeutende Abweichungen in Geruch und Geschmack, auch ein von einer und derselben Firma bezogenes Product verhielt sich in dieser Beziehung nicht immer gleich. Von Lyon aus kam mir ein kleiner, getrockneter Fleischkuchen zu, der sehr leicht in feines Pulver gebracht werden konnte und durchaus von Fett frei war. Ein erster Versuch, den ich mit dünnen Fleischstücken anstellte, wollte nicht recht gelingen, weil selbst in der Wärme von 90 bis 100°, die ich zum Trocknen verwendete, das Fett nicht vollständig abfloss, es daher unmöglich war, ein trockenes und in Flüssigkeiten nicht zusammenbackendes Fleischpulver zu erhalten. Nach mehreren anderen Proben kam ich schliesslich zu folgender Darstellungsweise, die, wie mir scheint, ein vorzügliches Resultat ergibt. Mageres Fleisch (die Pariser verwenden auch Pferdefleisch) wird fein gehackt, auf dem Wasserbade in einem verschlossenen oder zugedeckten Gefässe während $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde gekocht, noch heiss unter die Presse gebracht und so vollständig von Fett und Saft befreit. Den Kuchen lässt man im Trockenofen bei einer 90—100° nicht übersteigenden Temperatur vollständig austrocknen. Nachher geht die Verwandlung in feines, staubiges Pulver mit Leichtigkeit vor sich. Nach dem Erkalten des unter der Presse abgeflossenen Saftes hebt man die erstarrte Fettschicht ab, dampft den Rest auf dem Wasserbade oder ebenfalls im Trockenschranke ab und vermischt ihn pulverisirt mit der übrigen Menge. Dieses ist allerdings etwas schwierig, da die Masse die Eigenschaft hat, Wasser aus der Luft anzuziehen. Man thut deshalb am besten, dieselbe mit ein wenig Reis- oder Erbsenpulver zu vermischen, was die Sache sehr erleichtert. Ja, ein Pariser Haus bringt, um den ärmeren Kranken und den Krankenanstalten den Ankauf des theuer zu stehen kommenden Productes zu erleichtern, zur Hälfte mit Erbsenmehl vermischtes Fleischpulver in den Handel. Die Eindampfung und Beimischung des abgeflossenen Saftes, der immerhin nur eine geringe Menge beträgt, gibt wohl dem Ganzen einen feinen Bratengeruch, scheint mir aber erlässlich. Auch enthält das französische Fabrikat jedenfalls nur das Pulver des getrockneten Fleischkuchens. Mein Versuch ging darauf aus, alle Grundbestandtheile des Fleisches im Pulver zu vereinigen. Um die Berechnung der Gewichtsverhältnisse und des annähernden Preises anzustellen, operirte ich mit 500 grmm. Fleisch. Daraus erhielt ich 128 grmm. Pulver von dem getrockneten Kuchen und 7 grmm. eingedampften Saft, also zusammen 135 grmm. Hieraus ist ersichtlich, dass das Endproduct etwas mehr als $^1/_4$ des angewandten Fleisches beträgt. Bei gut überwachter, besonders nie zu hoher Temperatur bekommt man ein gelblichgraues, angenehm nach Fleisch riechendes und schmeckendes Pulver, das sich in Wasser leicht zertheilt.

Genf. *Burkh. Reber*, Spitalapotheker.

St. Gallen. Das 50jährige Jubiläum des ärztlichen Vereins Werthbühlia. Am 23. Juli wurde an der äussersten, östlichen Grenze unseres Vaterlandes, im blumenreichen Garten Thurgaus, ein kleines Fest gefeiert, für dessen Beschreibung Sie vielleicht



in Ihrem sehr geschätzten Blatte eine kleine Stelle offen haben. Nicht dass die Krankheit der Zeit, die Festsucht, der furor festivus uns ernste Jünger Aesculaps ergriffen hätte, nein, aber jenen einen Tag, den Gedenktag des 50jährigen Bestehens unseres Vereins, den konnten wir nicht ungefeiert vorübergehen lassen. Mit Eifer wurden die Vorbereitungen betrieben, reich war das Programm, gelungen dessen Ausführung.

In stattlichem Zuge, einige 40 Mann stark, erreichte man den Festort. Hatte auch nicht, wie es sonst in Festberichten heisst, das letzte Haus geflaggt, waren weder Guirlanden noch weiss gekleidete Jungfrauen da, so war die Begrüssung durch den Ortsgeistlichen um so herzlicher. Er bringt sein Hoch der Gesellschaft, die volle 50 Jahre im Dienste der Humanität gearbeitet hat.

Eine kräftige Musik vorne bewegt sich der Zug durch die lachende Flur nach dem schattigen Buchenhain. War auch die Temperatur einige Grade zu niedrig, so brachte doch das prächtige Wienerbier und vor Allem der edle „Werthbühler" bald ein reges Leben in Fluss.

Das Präsidium, Herr Dr. *Böhi*, gibt in längerem ausgezeichnetem Vortrag einen Einblick in die Geschichte des Vereins. Der Zweck desselben sei: Fühlung zu halten mit all' den neuen Errungenschaften der Medicin und vor Allem Pflege der Collegialität.

Anfangs der 30er Jahre hielt eine kleine Anzahl Theologen und Mediciner ihre Versammlungen im gastlichen Pfarrhause zu Werthbühl und aus dieser Gesellschaft entsprang dann der Verein, dessen 50jähriges Bestehen wir heute feiern. Am 7. Januar 1833 erblickte das kräftige Kind das Licht der Welt und wurde gleichen Tages auch getauft. Unter den Pathen finden wir Namen vom besten Klange. Am 4. Februar wurden die Statuten entworfen. Bald ward Werthbühl ein zweites Bethesda. Aus weiter Ferne kamen die Mühseligen und Beladenen. Es war eine Art Poliklinik, die hier auf dem lieblichen Hügel, oft in freier Natur, monatlich abgehalten wurde. Sogar die Gründung eines pathologisch-anatomischen Cabinettes ward beschlossen.

Ein schönes Blatt, wohl das schönste in der Geschichte der Werthbühlia, bildet die Anregung zur Gründung eines Cantonsspitals. Die Zeit der Aufhebung der Klöster, hiess es im Schoosse der Gesellschaft, sei günstig für das Project. Die Sache wurde beim Grossen Rathe anhängig gemacht und schon im Jahre 1840 war das Problem gelöst. Auch eine Wittwen- und Waisencasse wurde angestrebt, wahrscheinlich jedoch ist der Plan an den allzu kleinen Verhältnissen gescheitert.

Nach 7 Jahren ward der Versammlungsort der Collegen nach Bürglen verlegt, wo sich des Schlosses gastliche Hallen dem jungen Vereine öffneten. Auch hier wurde fleissig gearbeitet. Die Entdeckung von Aether und Chloroform regte die Gemüther mächtig auf. Die Skeptiker zu überzeugen, wurde eine Operation in Narcose gemacht. In dem Grade jedoch, als das Spital aufblühte und sich die Sympathie des Cantons erwarb, nahm die Zahl der Ambulanten ab und bestand die Thätigkeit der Mitglieder vorzüglich in Ausarbeitung schriftlicher Vorträge und Mittheilungen aus der Praxis.

34 Mitglieder der Gesellschaft sind gestorben. Mit Wehmuth gedenkt das Präsidium der tapfern Streiter, die da gefallen auf dem Felde der Ehre und Arbeit. Doch nein, für uns sind sie nicht gestorben. Aus ihren Gräbern sprossen alljährlich tausend und aber tausend Blumen, deren Blüthenpracht und Duft das Andenken an die Schlummernden wach erhält. Wenn wir jetzt auch anders arbeiten, wenn manche Theorie, auf die unsere Vorgänger geschworen, in Trümmer sank, was thut's: Die Form mag zerfallen.

Ein feierlicher Todtensalamander brachte den Geschiedenen den Gruss der Lebenden.

Nun begann das eigentliche Festleben. Von der Rednerbühne floss manch' kräftiges, goldenes Wort. Der Ortspfarrer, Herr Leuch, hatte zu Ehren der 50 Jahre 50 Flaschen aufmarschiren lassen, bei welchen der Gehalt der Etiquette oft dem Inhalt den Preis streitig machte. Ich kann nicht umhin, einige Proben anzuführen:

Das Beste bei der Gattin Kuss
Ist, dass sie dabei schweigen muss.
Du aber öffnest deinen Mund,
Gibst du mir deine Liebe kund.

Conservativ ist jeder Mann,
Der volle Flaschen sehen kann;
Doch wer mich liebt, ist liberal,
Und wer mich austrinkt, radical.

Will deine Frau die Gütertrennung vor Gericht,
Trenn' dich von Tisch und Bett — doch von dem Weinkrug nicht.



Die leere Flasch' zur vollen spricht:
„Gedulde dich, verzage nicht.
Verbieten dich die Homöopathen,
So trinken dich die Allopathen,
Und ist der Fall en contraire,
So machen dich die ersten leer."

Alte Burschenweisen schallten mächtig durch die Wipfel des Waldes. Immer höher gingen die Wogen. Sogar Ihr Referent, ein nicht mehr sattelfester Reiter, wagte den kühnen Sprung auf den Pegasus:

Frisch hinan zum grünen Walde,
Dort, an steiler Bergeshalde,
Wo Werthbühlia's Wiege stand.
Lasst mit Wein das Haupt bekränzen,
Lasst uns Becher froh kredenzen,
Erstes Hoch dem Vaterland.

Fünf Decennien sind verflogen,
Seit hier, auf geweihtem Boden
Eine kleine, tapfre Schaar
Sich gereicht die biedre Rechte,
Dass sie kämpfe, dass sie fechte
Bis erbleicht das braune Haar.

Und sie hat den Schwur gehalten.
Immer standen fest die Alten,
Werthbühl's Garde, unentwegt.
Ob zum Tartarus sie sanken,
Ihre Pläne und Gedanken,
Ihre Gründung steht, sie lebt.

Und der treue Hirt der Seelen,
Den zum Freund sie sich erwählen,
Sticht die besten Fässer an.
Wahrlich, Werthbühl's Feuerweine
Wirken Wunder beim Vereine,
Mehr als Aether — subcutan.

Rascher zieh'n des Blutes Wellen,
Freudig jauchzen Fasern, Zellen,
Lächelnd hüpft das Molekül;
Und der Muskel, der sonst leise
Klopfend macht die Lebensreise,
Pocht in Götterhochgefühl.

Einer führet mild das Steuer,
Nöthig ist's, denn ungeheuer
Tief ist stets des Wissens Fluss.
Gelbe Atrophie der Leber,
Albumin, Dextrin und Kleber,
Ambulanten, welch' Genuss!

Carbol, Naphthol, Schwefelblüthen,
Ob Epidemien wüthen,
Weiss der Practiker genau.
Wie man Hernien reponiret,
Wie Scarlatina curiret
Und wie man entbind't die Frau.

Stylo- auch und Hyoglossus
Mit dem Nervus hypoglossus
Treiben ein verwegen Spiel.
Witze, gute, schlechte, kreisen,
Es ertönen Sangesweisen,
Reden steigen, schön und viel.

Und so fliehet Stund' um Stunde,
In der heitren, frohen Runde —
Rasæ mox sunt tabulæ.
Noch ein Druck der biedren Rechten,
Tod dem Falschen, Feigen, Schlechten, —
Litteris, amicitiæ!

Doch ich will Sie nicht ermüden mit der weitern Schilderung des schönen Festes. Allzu früh senkten sich die nächtlichen Schatten auf die Mutter Erde. Allzu früh mahnte das unerbittliche Dampfross zum Aufbruch. Dahin ist der Festtag, verschwunden, wie ein glänzender Meteor. Die Bedeutung desselben aber wird mit unauslöschlichen Lettern eingegraben sein in die Herzen aller Theilnehmer. —

Und abermals nach 50 Jahren. Während wir im gleichen Schritt und Tritt, wenn auch in ziemlich verlangsamtem Tempo, die kleine Anhöhe erstiegen, kommen sie heute, die Collegen, die einen gefahren auf unnennbaren Vehikeln, welchen das electrische Fluidum eine fabelhafte Geschwindigkeit verleiht. Die andern sausen daher auf den Wellen des Aethers. Sie lösen die zephyrleichten Schwingen vom Schultergürtel und entbieten Gruss und Handschlag.

Welch' ein Menu! Verschwunden ist das hellgoldige Dreherbier, verschwunden die saftigen Schinkenschnitten. Eitel Nektar und Ambrosia!

Und erst die Tractanden. Die kühnsten Operateure haben nur noch eine Mortalität von einigen wenigen winzigen Procentchen zu verzeichnen. Die interne Medicin ist gänzlich gefallen, scilicet, aus Abschied und Tractanden. Sie hat zu existiren aufgehört. An der starken Hand der Hygieine wandert das genus homo, sapiens denique, froh und



munter von der Wiege bis zum Grabe. Die mittlere Lebensdauer concurrirt bereits lebhaft mit derjenigen aus dem Zeitalter der Patriarchen. —

Doch, was war das? Ein Traum, eine Vision! Ah, richtig, gestern feierten wir das 50jährige Jubiläum der Werthbühlia!

Romanshorn. *Wartenweiler.*

Briefe von der deutschen Ausstellung für Hygieine und Rettungswesen.

Von Dr. *Gustav Custer* in Rheineck.

IV.

Ausser Berlin haben 30—40 der hervorragendsten Städte von Deutschland und Oesterreich-Ungarn Collectivausstellungen (Statistik, Pläne, Modelle etc.) über die wichtigsten Gegenstände der öffentlichen Gesundheitspflege speciell mit Berücksichtigung der neuesten so nothwendigen Assanirungswerke behufs Reduction der zu hohen durchschnittlichen Gesammtsterblichkeit eingesandt. Breslau hat als Arbeit seines fleissigen, statistischen Bureau sogar Tabellen über die Grösse der Wohnungsmiethen veröffentlicht, die je nach dem Preis und der qualitativen Beschaffenheit der jeweiligen Logis von grossem Einflusse auf Gesundheit, Lebensdauer und Moralität der Insassen sind. München repräsentirt schöne Leistungen über seine Wasserversorgung, Grundwasseruntersuchungen und Typhusstatistik, welch' letztere sowohl hinsichtlich Morbiditäts-, als Mortalitätsgrösse besonders durch das Canalisationswerk in so günstigem Sinne beeinflusst worden ist.[1]) In Budapest, das ein ausgezeichnetes statistisches Bureau besitzt, muss zur Gewinnung einer Sterblichkeitsstatistik nach dem Grade der Wohlhabenheit der Todtenbeschauer den Besitzstand des Verstorbenen nach einer der drei Categorien reich, Mittelstand, arm angeben. Das Resultat ist, dass an Darmcatarrh $3^1/_2$ mal, an Cholera 2 mal so viel Arme sterben als Reiche, während an Altersschwäche oder Gehirnschlag 4—5 mal mehr Wohlhabende zu Grunde zu gehen pflegen. Die Armen liefern auch weit mehr Material zur Lungenschwindsuchtsstatistik — somit gilt der alte Spruch: Beati possidentes auch nach hygienischer Richtung.

Pläne und Berichte über ihre Canalisationseinrichtungen lieferten ausser Berlin die Städte Nürnberg, Dortmund, Stettin, Breslau, Düsseldorf, Linz, Dresden, Frankfurt a. M. Hochinteressant sind die historisch-hygienischen Nachweise der schlesischen Stadt Bunzlau, denen zufolge dieselbe schon seit 1559 Canalisations- und Rieselfelderanlagen besessen hat. Statistisch wird für Bunzlau auch erhärtet, dass die Typhusmortalität in Stadttheilen mit Canalisation für Gebrauchswässer und Fäcalien weit geringer ist als in denjenigen ohne Canalisation (auf je 10,000 Einwohner in den Jahren 1863—82 im Durchschnitt 0,5); wo jene nur für Ab- und Regenwässer existirt, für Excremente aber Senkgruben fortbestehen, fordert das Typhusgift schon zahlreichere Opfer (2,6 : 10,000); in Vorstädten ohne Canalisation endlich ist die Sterblichkeit an dieser Unrathskrankheit par excellence relativ hoch (3,6 : 10,000).

Danzig, das einen grossen Plan in Relief über seine Canalisations- und Wasser-Versorgungswerke lieferte, zeigt durch graphische Darstellungen den erheblichen sanitären Gewinn der Stadt durch jene hygienischen Schöpfungen. Während die Gesammt-Mortalität in den Jahren 1863—72 vor der Einführung jener technischen Assanirungs-Constructionen 25—49 $^0/_{00}$ betrug, sank sie nachher in der Periode von 1872—82 auf 25,3—31,5 $^0/_{00}$. Besonders hervortretend ist auch hier das Zurücktreten der Abdominal-Typhussterblichkeit von 7—12,5 auf 0,3—8 $^0/_{00}$.

[1]) Vergleicht man die Typhussterblichkeit Münchens innerhalb der beiden Perioden 1866—80 und 1875—80, so ergibt sich eine deutliche Abnahme. Diese schwankt aber in den verschiedenen Stadttheilen erheblich. Die mit Schwemmsielen versehenen Strassengruppen weisen die grössten Reductionen der Typhusfrequenz auf, und ganz besonders günstig stellen sich die Strassen im Thal, welche von jeher das eigentliche Typhusnest der bayerischen Hauptstadt gewesen sind Die Canalisirung dieses Gebietes erfolgte erst in den 70er Jahren und machte sich deren assanirende Wirkung fast ganz erst in dem Zeitraum von 1875—80 geltend.



Höchst beachtenswerth sind in der Ausstellung der Stadt Breslau die überaus fleissigen und zahlreichen microscopischen Präparate des Dr. *Hulwa* über die vielumstrittene Selbstreinigung der Flüsse. Speciell ist hiebei die Frage nach der Vernichtung pathogener und nicht pathogener Microbien durch das fliessende Wasser berücksichtigt. Die in Breslau gewonnenen Resultate stimmen allerdings mit den Angaben des deutschen Reichsgesundheitsamtes nicht ganz überein. Nach den microscopischen Untersuchungen des letzteren behufs Controle der Berliner Rieselwässer steigert sich im Wasser der Spree die Zahl der Organismen, die in dem Raume eines Cubikcentimeters sich befinden, derart, dass oberhalb Berlin 10 Tausend entwicklungsfähiger Keime, innerhalb der Stadt 950 Tausend, unterhalb derselben 4½ Millionen und bei Charlottenburg nach sehr lang gedauerter und intensiver Verunreinigung des Wassers gar 10 Millionen gefunden wurden! Nach Dr. *Hulwa* führt die Oder oberhalb Breslau relativ reines Wasser, welches ganz überwiegend arm an fäulnissfähigen Organismen ist. Schon in der Mitte der Stadt vor der Einmündung der Canäle findet sich eine bedenkliche Verunreinigung. Es sind in reichlichem Maasse Fäulnisspilze vorhanden. Nach Einlass des Canalwassers inmitten der Stadt enthält das Wasser fast nur Fäulnissorganismen als Zeichen sehr erheblicher Verunreinigung. 9 Kilometer unterhalb Breslau erscheinen wieder zahlreiche grüne Algen, Diatomeen, die Pilze nehmen ab; 32 Kilometer unterhalb der Stadt ist die Beschaffenheit des Flusswassers wieder wie oberhalb derselben, ebenso rein und unvermischt mit Fäulnissbacterien. Das Material der Untersuchung erstreckt sich auf die Jahre von 1876—81 und soll daraus gefolgert werden, dass, wenn je die Stadt in die Nothwendigkeit versetzt würde, ihr mit Fäcalstoffen versetztes Canalwasser in den öffentlichen Flusslauf strömen zu lassen, dieses wegen des grossen Selbstreinigungsvermögens des fliessenden Wassers ohne Gefahr für die Stadtbewohner und die Umgebung geschehen könnte.

In unmittelbarer Nähe der Collectivausstellung deutscher Städte begegnen wir der grossen Abtheilung von Objecten über Reinhaltung des Bodens und der Luft, über Wasser-Versorgung, Beseitigung der Schmutzwässer und Fäcalien, Beleuchtung, Heizung und Ventilation. Die Gruppe über Bodenhygiene umfasst Pläne und Abbildungen über die geologische Zusammensetzung verschiedener Bodenarten, welche, wie bekannt, je nach den speciellen Eigenschaften, besonders bezüglich Durchlässigkeit und Feuchtigkeit, eine grosse hygienische Bedeutung haben. Die individuelle Disposition mancher Orte namentlich für Entstehung und Ausbreitung von Seuchen, hängt ja damit, wie die Erfahrungen besonders mit der Cholera gelehrt haben, auf's Innigste zusammen. Sämmtliche Apparate zur Analyse des Bodens, zur Bestimmung von Luftarten (namentlich CO_2), Grundwasserständen in demselben sind vorhanden. Besonders vollständig ist die Sammlung des Hygiene-Professors *Fodor* in Budapest, dem wir ausführliche Arbeiten über Bodenluft und deren Zusammenhang mit Krankheiten verdanken. Er hat exact nachgewiesen, dass die Grundluft sehr reich an Kohlensäure ist. Nach ihm rühren der Gehalt und die Schwankungen der Atmosphäre an Kohlensäure in erster Linie von den Zersetzungen im Boden her, welche als ein Hauptproduct jene Gasart der Bodenluft beimischen. Auch er misst, wie *Pettenkofer*, der Grundluft und im Weiteren der Verunreinigung und den Fäulnissprocessen im Untergrund einen grossen Einfluss auf die Entwicklung gewisser, zumal epidemischer Krankheiten bei.

In directerer und indirecterer Beziehung zur Bodenhygiene stehen die ausgestellten Bebauungspläne von Ortschaften, die gesundheitlich so wichtigen Park- und Gartenanlagen für Städte, Vorkehrungen gegen Staub, Materialien zur Pflasterung der Strassen, Modelle für windgeschützte Spaziergänge. Die in Berlin in immer mehr Strassen gebräuchliche, undurchlässigste, ebenste Pflasterung, welche am leichtesten zu reinigen, daher auch gesundheitlich am empfehlenswerthesten ist, dazu die Nerven des Städters durch Wagen-Geräusch am wenigsten belästigt, geschieht mittelst einer Schichte gestampften und erhitzten Asphaltpulvers.

Die zum Boden in intimen Beziehungen stehende Wasserversorgung, über welche schon bei den Collectivausstellungen der Städte so reichliches Material vorhanden ist, gibt ein erfreuliches Bild von den grossen Fortschritten dieses sanitär und culturell so überaus wichtigen Bedürfnisses. Immer zahlreicher wurden in der Neuzeit die grossen Gemeinwesen in Deutschland mit rationellen Wasserleitungen ausgestattet. Der Consum dieses in Städten im Allgemeinen weit mehr gewürdigten und trotz der grossen Schwie-



rigkeiten oft viel reiner als auf dem Lande mit seinen vielen guten Quellen beschafften Wasses hat manchenorts bedeutende Dimensionen angenommen (in München z. B. 150 Liter täglich per Kopf). Zahlreich ist die Sammlung von Proben schlechter und guter Trinkwässer, von Reinigungsmitteln für unsauberes Wasser (Filter für Haushaltungen, gewerbliche und städtische Wasserversorgung aus gepresster Kohle, fahrbare Filterpumpen, continuirlich sich selbst reinigende Filter). Da speciell in Berlin das Trinkwasser aus den neuen städtischen Leitungen fast beständig trübe ist, hat sich seine Filtration als ein grosses Bedürfniss herausgestellt. Ein Filterapparat aus Presskohle in einem Apparate, der unmittelbar an der Wasserleitung über dem Ausgussbecken angebracht werden kann, ist deshalb in den Haushaltungen der Stadt sehr viel in Anwendung. In Hamburg sind, wie ein ausgestelltes Muster zeigt, öffentliche Trinkbrunnen mit Sandfiltration im Betrieb, welche gleichzeitig als Affichesäulen dienen.

Von welcher hygienischen Bedeutung die ausgiebige Versorgung einer Grossstadt mit gutem und reinem Trinkwasser, sowie mit hinreichendem Brauchwasser für Körper-Reinigung, Waschanstalten, Bäder sich erweist, wird durch statistische Nachweise von manchen Seiten belegt. In besonders anschaulicher Weise illustrirt das ausführliche statistische Material in der sehr umfänglichen Collectivausstellung von Wien das Abhängigkeitsverhältniss des öffentlichen Gesundheitszustandes von einer genüglichen Wasser-Versorgung. Nach den diesbezüglichen Zusammenstellungen des Dr. *Drasche* reducirten sich seit der Hochquellenleitung vom November 1873 an sowohl die Erkrankungen als die Sterblichkeit am Unterleibstyphus und an Gastrointestinalcatarrhen in bedeutendem Grade. Die Typhusmortalität betrug in Wien vor der Benützung des Hochquellenwassers per Jahr im Mittel 35 von je 10,000 Einwohnern; im letzten Decennium sank dieselbe auf 5 im Verhältniss zur gleichen Bevölkerungsquote herunter. Die Curve demonstrirt ein Sinken jener Sterblichkeit parallel mit der Eröffnung und dem zunehmenden Gebrauche der Wasserleitung. Als in früheren Zeiten das Trinkwasser aus der „schönen blauen Donau" bezogen wurde, litten von je 1000 Spitalkranken 90—95 an Magendarmcatarrhen, nach der Benutzung der Hochquellenleitung betrug die Ziffer jener Affectionen in den Spitälern Wiens nur noch 10—15 ‰ sämmtlicher Hospitalpatienten. Natürlich muss, um einseitiger und doctrinärer Auffassung zu entgehen, bei dieser bestechenden Statistik über den ausnehmend wohlthätigen hygienischen Einfluss eines einzigen Sanitätswerkes die Mitwirkung anderer Faktoren, bei der Typhussterblichkeit namentlich der Effect rationellerer Behandlung der Krankheitsfälle nicht ausser Acht gelassen werden.

Die Gruppe für die besonders in grossen Städten eine Hauptaufgabe der öffentlichen Sanitätspflege bildende Beseitigung der Abwässer und Fäcalien stellt das umfängliche Rüstzeug zur Reinhaltung der Flussläufe und Canäle, namentlich auch hinsichtlich mancher für die Fischzucht so verderblichen Industrieabfälle, sowie sämmtliche Vorrichtungen für Städtecanalisation und Abfuhr vor Augen. Abortanlagen, geruchlose Closets und Pissoirs, Methoden zur Verarbeitung der Fäcalstoffe sind reichlich vertreten. Modelle und Demonstrationsobjecte für Tonnensystem und *Liernur*'s pneumatische Apparate für Beseitigung der Excremente fanden in besonderen Abtheilungen im Stadtbahnbogen Unterkunft.

Interessant sind die in Deutschland immer mehr im Aufkommen begriffenen Zimmer-Closets mit Wasserspülung und Geruchloserhaltung durch Torfstreu, welche die in unserer häuslichen Krankenpflege noch so gebräuchlichen unsauberen Nachtgeschirre und Leibstühle verdrängen sollten. Die Torfstreu, aus schwammigem Moortorf bereitet, wird in einen an der Rückwand befindlichen Kasten hineingeschüttet. Sie ist ein sehr billiges Desodorisations-Mittel, indem ein Centner nicht einmal 4 Fr. kostet und 4 Personen für 5—6 Fr. das ganze Jahr ihr Zimmercloset damit in Betrieb erhalten können. In dieser Gruppe befindet sich auch eine Sammlung von Fäcalsteinen aus menschlichen Fäces nach Dr. *Petri*'s Methode hergestellt. Dieselben sehen aus wie schwärzlicher Torf und bestehen ihrer Grundmasse nach aus Sägespänen oder Torf. Nach *Petri*'s Angaben sollen die menschlichen Fäcalstoffe alsbald nach ihrer Erzeugung mittelst Desinfectionspulver für die Gesundheit unschädlich gemacht werden. Die desinficirten Massen können, weil ihre Ausdünstung unschädlich ist, an beliebigen Orten unbestimmt lange Zeit liegen bleiben. Die Fäcalien werden mit einfachen Maschinen gepresst, so dass sie wie Ziegel aussehen, welche sauber und trocken anzufassen sind, ohne Staub oder Geruch zu entwickeln.



Nach dem Austrocknen der Fäcalsteine machen die Excremente nur etwa den 20. Theil der Masse aus, verbrennen also bei der Verwerthung der Materialien zu Heizzwecken nur nebenbei. Ob die Fäcalsteine für unsere Oefen mit der Zeit dieselbe Rolle zu spielen bestimmt sein werden, wie etwa die Briquettes, wagen wir nicht zu entscheiden. Originalität lässt sich jedenfalls dieser Idee der Verwerthung unserer festen Excremente nicht absprechen!

Wochenbericht.

Ausland.

Deutschland. 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Freiburg i. Breisgau. ... „Den in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen und vielseitig geäusserten Wünschen entsprechend soll die Dauer auch der diesjährigen Versammlung auf nur 4 Tage (nämlich den 18., 19., 20. und 21. September) beschränkt werden, und um einem ungestörten, regen wissenschaftlichen Verkehr der Theilnehmer auch während dieser kurzen Zeit thunlichst Rechnung tragen zu können, ist von glänzenden Festlichkeiten, von Bewirthungen und grösseren Vergnügungen möglichst Umgang genommen: dagegen glaubte die Geschäftsführung die freundliche Einladung zu einem Besuch des Freiburg benachbarten Badeortes, Badenweiler, nicht ablehnen zu sollen, hat aber in dem oben ausgesprochenen Sinn diesen Ausflug erst nach dem officiellen Schluss der Versammlung, also für den 22. September, in Aussicht genommen. . . . ."

Erste allgemeine Sitzung Dienstag, 9 Uhr Morgens; zweite Freitag, Nachmittags 1 Uhr.

Der Nachmittag des 18., der Morgen des 21. und die Vormittage und Nachmittage des 19. und des 20. September sind für die Sectionssitzungen bestimmt.

In Betreff der Unterhaltungen, sowie über die Details des Programmes, wird das im Laufe des August zur Versendung kommende, ausführliche Programm Auskunft geben.

Auch Nichtdeutsche sind willkommen.

Für die Mitglieder- und Theilnehmer-Karten werden beim Empfang je 12 Mark entrichtet: Jede dieser Karten berechtigt zum unentgeltlichen Bezug einer Damenkarte: Für jede Damenkarte mehr muss der Betrag einer Theilnehmerkarte erlegt werden.

Anmeldungen vom 1. September an, auch für Wohnungen.

Vorläufige Anfragen oder Mittheilungen über wissenschaftliche, wie geschäftliche Angelegenheiten an den Geschäftsführer, Dr. *Ad. Claus*.

Wir denken, die Schweizer werden die herzlich angebotene Gastfreundschaft durch allseitige Theilnahme verdanken.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. Juli bis 10. August 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Masern 1 auswärts angesteckter Erkrankter. — Windpocken 1 Anzeige. — Scharlach 9 Erkrankungen (19, 11, 10), wovon 6 in Kleinbasel. — Hals- und Rachenbräune 2 vereinzelte Fälle (7, 7, 5). — Typhus 12 Fälle (4, 13, 18), wovon 3 von auswärts importirt, 3 auf dem Nordwestplateau, 4 im Birsigthale, 2 in Kleinbasel. — Erysipelas 8 Anzeigen (6, 2, 7), zerstreut aus allen Districten der Stadt. — Pertussis 12 Anzeigen (14, 4, 13), gleichfalls zerstreut über die Stadt. — Puerperalfieber 2 Fälle in Kleinbasel.

Briefkasten.

Für das Vereins-Album habe ich mit verbindlichem Danke erhalten die Photographie von Herrn Dr. *Wagner* sel. aus Ebnat. *A. Baader.*

Die Circulare für die Hülfscasse für Schweizerärzte sind in alle Cantone versandt. Wer noch Subscriptionsscheine oder Exemplare des Referates wünscht, wende sich an *A. Baader*.

Herrn Dr. *El. Haffter*, z. Z. in Ceylon: Fahr' zu, Weltumsegler! Aber komm wiederum senen ummen heim und bringen Sie uns sitzen Gebliebenen dann eine volle Kramtasche Reisefrüchte mit. Herzlicher Gruss.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 17. XIII. Jahrg. 1883. 1. September.

Original-Arbeiten.

Zur diagnostischen Bedeutung der Tuberkelbacillen.

Von Dr. **L. Rütimeyer**, Assistenzarzt der medic. Klinik in Basel.

(Schluss.)

Dies wäre etwa zu unsern positiven Bacillenbefunden zu bemerken, nun aber die negativen, bei denen klinisch die Diagnose auf ausgesprochene Lungenphthise — freilich im weitern Sinne des Wortes — gestellt war, bei denen sich aber im Sputum keine Bacillen fanden. Diese kleine Gruppe von 6 Fällen hat um so grösseres Interesse, als drei derselben zur Section gelangten. Ich möchte mir erlauben, nur ganz kurz die Krankengeschichte dieser letztern mitzutheilen.

Ein 42jähriger Mann erkrankte ca. 2 Monate vor Spitaleintritt mit Husten, wenig Engigkeit auf der Brust, ziemlich starker Abmagerung, keine Hæmoptœ. Der Lungenstatus ergab in der linken Spitze mässige Abschwächung des Schalles und bronchiales Exspirium, in der rechten Spitze ebenfalls mässige Dämpfung und etwas trockenes Rasseln. Im Bereiche des rechten Unterlappens war starke Dämpfung, abgeschwächter Fremitus, bronchiales Exspirium, schwaches Reiben, Probepunction ergab nichts. Dieser Lungenbefund blieb sich im Ganzen gleich. Der Auswurf war schleimig-eitrig, sehr spärlich, enthielt keine Tuberkelbacillen. Nachdem sich noch eine Thrombose des rechten Beins eingestellt hatte, starb Pat. nach einigen Wochen unter den Erscheinungen hochgradiger Dyspnœ und Cyanose an Lungenembolieen, ausgehend von einer Thrombose der r. Cruralvene. Die Temperatur war während des ganzen Krankheitsverlaufes immer subfebril oder schwach febril, die höchste Temperatur war 38,4. Die klinische Diagnose hatte gelautet Phthisis pulm. und Pleuritis.

Der von Herrn Prof. *Roth* erhobene Sectionsbefund war nun allerdings sehr überraschend, die anatomische, durch die microscopische Untersuchung bestätigte Diagnose lautet nämlich: Carcinom der Retroperitoneal- und Mesenterialdrüsen, Carcinom der Lungen, der linken Bronchial- und der linken Axillardrüsen. Ich erlaube mir hier nach dem Sectionsprotocoll von Herrn Prof. *Roth* den Befund der r. Lunge mitzutheilen.

„Oberlappen dunkelroth, stark pigmentirt, wenig lufthaltig, durchsetzt mit massenhaften, im untern Theil sehr dicht stehenden submiliaren grauen Knötchen. In einem Ast der Lungenarterie ein weicher, grauröthlicher Embolus.

Mittel- und Unterlappen zu einer gemeinsamen, derben, luftleeren Masse verschmolzen.



Durchschnitt ähnlich wie bei Pneumonie hepatisirt, aber nicht homogen, sondern aus dichtgedrängten, etwas prominirenden submiliaren bis erbsengrossen, etwas verwaschenen, grauweissen, nicht verkästen Knötchen bestehend, eingelagert in eine röthliche, etwas eingesunkene und luftleere Grundlage. O. H. mitten in der Substanz eine wallnussgrosse, ziemlich glatte, mit blutiger Flüssigkeit gefüllte Höhle, in welche ein bohnengrosser, auf dem Durchschnitt marmorirter, schwarz und gelb gefärbter Knoten hineinragt."

Vom blutig-eitrigen Inhalt jener Höhle wurde noch eine grössere Anzahl Präparate angefertigt und in keinem derselben nur ein einziger Tuberkelbacillus, wohl aber massenhafte blaugefärbte Coccen und Bacterien beliebiger Art gefunden.

Der zweite Fall betrifft einen 50jährigen Steinhauer, der seit einigen Wochen unter den Erscheinungen einer acuten Phthise erkrankt war, Dämpfung in beiden Spitzen, Bronchialathmen, Rasseln, hochfebrile Abendtemperaturen und endlich finale abundante, wiederholte Hæmoptœ, welcher der Pat. erlag. Wiederholte Untersuchung der Sputa cocta sowie des hæmoptoischen Sputums ergaben keine Bacillen und so wurde die Diagnose auch im Hinblick auf den Beruf des Pat. nicht auf tuberculöse Phthise, sondern auf Staubinhalationsphthise gestellt. Die Section bestätigte auch völlig diese Annahme. In beiden Lungenspitzen, auch in den andern Lappen, fanden sich grosse schwarze, schiefrige harte Stellen, aber keine Spur von Tuberkelbildung oder von käsiger Erweichung. Neben den schiefrigen Stellen waren schlaffe pneumonische Hepatisationen, daneben einige bronchiectatische Höhlen.

Der dritte zur Autopsie gelangende Fall mit negativem Tuberkelbacillenbefund betrifft ebenfalls einen Steinhauer, der in Zeit weniger Wochen unter phthisischen Symptomen erkrankte, in einer Spitze Dämpfung, Rasseln und bronchiales Exspirium hatte und bei hohem abendlichem Fieber unter den Zeichen hochgradiger Dyspnœ und Cyanose zu Grunde ging. Das sehr spärliche Sputum konnte nur einmal untersucht werden, war aber bacillenfrei. Die Section ergab nun zwar nicht eine Pneumonokoniose, wie vermuthet worden war, sondern neben geringen Spitzenindurationen eine verbreitete allgemeine acute Miliartuberculose.

Alle drei Pat. also, in deren Sputum Tuberkelbacillen nicht waren zu finden gewesen, zeigten bei der Autopsie Lungenaffectionen — Carcinom der Lungen, Staubinhalationsphthise und acute Miliartuberculose — bei denen nach den bisherigen Erfahrungen Tuberkelbacillen nicht vorkommen.

Ueber die drei übrigen sogenannten Phthisiker mit negativem Bacillenbefund kann ich mich kurz fassen; alle drei boten exquisite Zeichen von Spitzeninfiltration dar, einer hatte ausgesprochene Cavernensymptome. Die Temperaturen waren bei zweien afebril, bei einem meist zwischen 38 und 38,5. Zwei derselben hatten ausser ihrer Lungenaffection noch chronischen Kehlkopfcatarrh mit Geschwüren auf den wahren Stimmbändern und hochgradiger Heiserkeit. Im Sputum fanden sich trotz öfters wiederholter Untersuchung nie Tuberkelbacillen. Zwei der Betreffenden waren ihrem Berufe nach Metallarbeiter und hatten immer viel Metallstaub einzuathmen. Der dritte ist in einer Seidenfabrik mit dem Reinigen roher Seide beschäftigt, was einen fast unerträglichen Staub abgeben soll. Ob hier demnach nicht ebenfalls Pneumonokoniosen vorliegen, ist zweifelhaft, aber nach dem eben Gesagten gewiss nicht unwahrscheinlich.

Ich glaube, Fälle, wie die angeführten ersten zwei Sectionsbefunde, sind durchaus geeignet, gegen die Ansicht *Dettweyler*'s zu sprechen, der annimmt, der Tuberkelbacillus sei mehr oder weniger zufälliger Begleiter der Phthisiker, er könne eben nur in Cavernen mit Verkäsung seinen richtigen Nährboden finden. *Dettweyler* sagt: „der Nährboden für den Bacillus ist also unter den gewöhnlichen Lebensumständen der Phthisiker mit offenliegenden käsigen Herden, resp. Cavernen, nicht der gesunde oder zur chronischen Spitzenpneumonie disponirte Mensch, und da der Phthisiker seinem Parasiten nirgendwo in der Culturwelt entgehen kann, so wird er auch überall und bald bacillös, durch den Bacillus wird die



Krankheit nicht hervorgerufen, sondern complicirt.“ Wäre dies richtig, warum sollten denn nicht in der Caverne des Lungencarcinoms und in den bronchiectatischen Höhlen der Steinhauerlunge Tuberkelbacillen zu finden gewesen sein? Letztere hätten doch in diesen Lungenhöhlen gewiss ganz ähnliche Existenzbedingungen gefunden, wie in einer beliebigen mit der äussern Luft in Verbindung stehenden tuberculösen Caverne.

Die Sache wird sich eben wohl so verhalten, dass in letzterm Falle ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Tuberkelbacillus und Cavernenbildung existirt, während von einem solchen in den zwei erstern Fällen keine Rede ist, aber freilich auch ebenso wenig von einem „bacillös werden“ der von Cavernenbildung nicht tuberculöser Art betroffenen Lungen.

Die zweite der oben unterschiedenen Gruppen betrifft sogenannte zweifelhafte Phthisiker, bei denen auch die klinische Diagnose auf Phthise nicht sicher stand. Es betrifft dies durchweg Kranke, die seit einiger Zeit husten, an Catarrh, besonders der Lungenspitzen, leiden, ohne oder nur mit sehr schwachen Dämpfungen, ohne Fieber, ohne Hæmoptœ, mit nur sehr wenig Auswurf, kurz es sind 5 Fälle von vielleicht vorhandener Phthisis incipiens, bei denen sich keine Bacillen fanden, bei denen aber vielleicht bei mehrerem Auswurf und bei immerwährend fortgesetzter Untersuchung des Sputums sich solche finden könnten.

Die dritte Hauptgruppe beschlägt Untersuchung von tuberculösem Material anderer Herkunft als gerade von den Lungen.

Unter fünf Fällen von Knochen- und Gelenktuberculose (Eiter und Fungositäten wurden in gewöhnlicher Weise als Trockenpräparate untersucht) fanden sich nur einmal im Eiter eines wegen fungöser Kniegelenksentzündung resecirten Knie's spärliche Tuberkelbacillen.

Im Empyemeiter eines Phthisikers, in einem tuberculösen Zungengeschwür, sowie im Geschwürsgrunde bei Darmtuberculose fanden sich in je einem Fall ziemlich zahlreiche Tuberkelbacillen.

Bei Urogenitaltuberculose liessen sich einmal im käsigen Eiter eines exstirpirten Nebenhodens trotz genauer Untersuchung zahlreicher Präparate keine Tuberkelbacillen nachweisen, ebenso wenig im Prostatasecret, welches ein an Urogenitaltuberculose leidender Pat. entleert hatte, wohl aber gelang der Nachweis deutlicher, sporentragender Tuberkelbacillen im Harnsediment bei einem Falle von Urogenitaltuberculose intra vitam. — Bei einem weitern klinisch diagnosticirten und zur Section gekommenen Fall von Miliartuberculose liessen sich ebenfalls keine Bacillen im Sputum finden.

Das spärliche Vorkommen der Tuberkelbacillen bei sogenannter chirurgischer Tuberculose wurde übrigens von ziemlich allen Untersuchern bestätigt und haben besonders *Schuchardt* und *Krause* in langen Schnittserien, die sie bei Gelenk- und Knochentuberculose anfertigten, nur äusserst spärliche Bacillen in einzelnen Schnitten durch Granulationen oder Knochen gefunden. Chirurgisch-diagnostische Bedeutung kommt also wohl den Bacillen in praxi nicht zu.

Ueber die letzte Gruppe untersuchten Materiales in Fällen, bei denen tuberculöse Phthise auszuschliessen war, kann ich mich ganz kurz fassen. Bei sämmt-



lichen diesbezüglich untersuchten 20 Pat. fanden sich wohl öfters, zumal in Stuhlpräparaten, ganz massenhafte blaugefärbte Coccen und Bacterien aller Art, aber nie nur ein einziger Tuberkelbacillus. Es betraf dies Sputum-Präparate von croupösen Pneumonien, Emphysematikern, acuten und chronischen Bronchitiden, schleimiger Auswurf bei einfachem Nasenrachencatarrh, Stuhlpräparate etc. Es widerlegt also dieser auf allerdings nicht viele Einzelfälle, aber doch auf eine grössere Anzahl von Einzelbeobachtungen sich gründende negative Befund im Verein mit äusserst zahlreichen, von anderer Seite gemachten Controluntersuchungen auf's neue die jeweilen etwa wieder auftauchende Behauptung, es habe der Nachweis von Tuberkelbacillen keinen diagnostischen Werth, weil ihnen vor andern Spaltpilzen keine charakteristischen Merkmale zukämen.

Wenn es gestattet ist, auf Grund unseres nicht sehr ausgedehnten Beobachtungsmateriales unsere Erfahrungen als Schlusssätze kurz zusammen zu fassen, so dürften diese etwa folgendermaassen lauten:

1) Der Nachweis von Tuberkelbacillen im Sputum gelingt mit grosser Constanz auch ohne Anfertigung zahlreicher Präparate bei Patienten, die an tuberculöser Lungenphthise der verschiedensten Stadien leiden.

2) Der positive und der negative Befund (der letztere immer gestützt auf wiederholte Untersuchung mit *Abbé*'schem Apparat und homogener Immersion) können wichtige diagnostische und differential diagnostische Anhaltspuncte geben.

3) Zahl und Entwicklung der Bacillen deckt sich oft nicht mit der Intensität und der Ausdehnung des Processes.

4) Für anderweitige, nicht die Lungen betreffende tuberculöse Organ-Erkrankungen ist der positive Befund weit weniger constant, die practisch diagnostische Bedeutung der Bacillen also weit geringer als bei tuberculösen Lungenerkrankungen.

5) Bei nicht tuberculösen Erkrankungen werden Tuberkelbacillen weder im Sputum noch sonstigen Excreten gefunden.

Wir können uns also auf Grund unserer hiesigen Erfahrungen durchaus dem jetzt in Deutschland vertretenen und in Wiesbaden von klinischer Seite anerkannten Standpunct anschliessen, den *Rühle*[1]) in seinem Wunsche formulirt hat: „dass die Erkenntniss der menschlichen Tuberculose als Infectionskrankheit allgemeine Anerkennung bei den Aerzten finden möge, damit diese Auffassung durch die Aerzte auch in das Bewusstsein anderer Menschen übergehe, und dass der Bacillus Kochii als Ursache der Krankheit respectirt werde."

Was freilich die therapeutischen Früchte, die aus dieser Anschauung hervorgegangen, betrifft, so sieht es bis jetzt damit recht traurig aus. Wie der Tuberkelbacillus in den Organismus hineinkommt, darüber immer mehr und mehr Klarheit zu gewinnen, ist alle Aussicht vorhanden, wie man ihn aber unschädlich macht im Organismus oder ihn wieder herausbringt, diese so weitaus wichtigste practische Frage ist noch so weit als je von ihrer Lösung entfernt. So wurde am Wiesbadener Congress von *Fräntzel* und *Hiller*[2]) über lange Versuchsreihen referirt,

[1]) l c. p. 17.
[2]) l. c. p. 46 und 57 ff.



die sie mit Medicamenten, welche notorisch gegen Reinculturen von Tuberkelbacillen enorme Giftigkeit besitzen, an Phthisikern anstellten mit allen möglichen Modificationen in der Art der Application — (Einathmen von Gasen, Dämpfen, zerstäubten Flüssigkeiten, directe parenchymatöse Injection in die Lunge, subcutane Injection, innerliche Darreichung) — bei welchen Versuchen sich nie durchschlagende, unzweifelhafte und bleibende Erfolge zeigten. Es wurden so durchprobirt Campher, Naphthalin, Kreosot, Carbolsäure, Sublimat, Jodoform, Brom, Alcohol, Schwefelwasserstoff (auf der hiesigen Klinik auch Schwefelkohlenstoff), arsenige Säure, Borsäure, Natron salicylicum. Aus allen Versuchen resultirt, dass eben bis jetzt kein Specificum bekannt ist, die Hauptsache wird eben sein die Prophylaxe und die Bekämpfung der individuellen tuberculösen Prädisposition. Hier spielen bekanntlich eine sehr grosse Rolle die Curorte und die Sanatorien aller Art für Phthisiker. Wenn hier schon meist durch ärztliche Aufsicht, Abhaltung von äussern Schädlichkeiten, Aufenthalt in freier Luft, passende Ernährung etc. etc. zur Kräftigung des Organismus sehr günstige Verhältnisse geschaffen sind, so ist anderseits aber auch nicht ausser Acht zu lassen, dass gerade solche Cumulation von Phthisikern nach unsern jetzigen Anschauungen ernste Gefahren mit sich bringen kann.

Von den Directionen solcher Sanatorien wird immer mehr und energischer verlangt werden müssen, dass alles geschehe, was nach dieser Richtung hin sichernd und beruhigend wirken kann. Für möglichste Reinlichkeit, Desinfection und schleunigste Fortschaffung alles ansteckenden Materials, vor Allem des Auswurfs, Ventilation der Locale, besonders der Schlafräume, für möglichste Anzahl einzelner Schlafzimmer, damit keine Anhäufung von Kranken,[1]) zumal verschiedener Stadien der Phthise, stattfindet, kurz für Alles, was zur Fernhaltung dieser und ähnlicher grober Schädlichkeiten geschehen kann, muss gesorgt werden. Denn damit sich zu trösten, die directe Contagiosität der Tuberculose sei noch nicht genügend erwiesen, geht nicht mehr an; nachdem das Experiment den Weg gewiesen, wird es mehr und mehr Sache der practischen Aerzte sein, durch genaue Berücksichtigung der Aetiologie der Phthise in den einzelnen Fällen wichtige practische und klinische Bestätigungen und Ergänzungen zu der gewiss in immer weitere wissenschaftliche und practische Kreise der medicinischen Welt dringenden Lehre von der Infectiosität der Tuberculose zu bringen.

Basel, Ende Juni 1883.

Beitrag zur Therapie der Placenta prævia.

Von Dr. **D. Tramêr**, I. Assistenzarzt der geburtshülflich-gynæcologischen Klinik in Bern.

(Schluss.)

Die Fälle 6 und 10 von Plac. præv. centr. mögen in Kurzem besonders hervorgehoben werden.

---

[1]) Wir erlauben uns, hier speciell darauf aufmerksam zu machen, dass es noch immer Specialcurorte für Lungenkranke gibt, in welchen für unbemitteltere Kranke nur Zimmer zu 2 Betten vorhanden sind: die Gefahr, dass da ein Patient mit chronischer Pneumonie einige Wochen lang bei einem Tuberculösen schlafen muss, ist sehr gross. Redact.



Im ersteren Falle handelte es sich um eine 25 Jahre alte Drittgebärende. Bei der Aufnahme war Patientin sehr anæmisch in Folge starken Blutverlustes. Der Muttermund für 2 Finger offen, „nicht leicht dehnbar". Die Placenta zum Theil schon gelöst. Die Vagina wurde mit dem Colpeurynter, dann mit Schwämmen tamponirt. Trotz der Tamponade hielt die Blutung noch an, so dass bei fünffrankenstückgrossem Muttermund die Wendung nach *Braxton Hicks* ausgeführt wurde. Der Muttermund war schwer dilatirbar, die Wendung ziemlich schwer. Zwei Tage nach der Geburt starb Patientin. Die Section ergab, dass die Plac. vollständig central aufsass, nach links im Cervix einen tiefen Einriss und eine Peritonitis.

Das Kind war klein, asphyctisch, konnte aber belebt werden.

Im Fall 10 handelte es sich um eine 45 Jahre alte X para. Patientin hatte seit drei Wochen mehrmals Blutungen gehabt, so dass sie bei der Aufnahme ziemlich anæmisch war. Ausserdem litt sie an Bronchiectasie.

Die Schwangerschaft war bis zur 32. Woche vorgerückt. Der Kopf vorliegend, der Muttermund zweifrankenstückgross, überall von Placentargewebe bedeckt. Trotz der vorgenommenen Tamponade dauerte die Blutung noch an. Die Untersuchung ergab nun, dass die Placenta auf einer Seite durch ein grosses Blutgerinnsel, das sich weit in den Uterus hinauf erstreckte, abgelöst war. Der Muttermund war auf etwa Fünffrankenstückgrösse erweitert. Das Fruchtwasser war noch nicht abgeflossen, hingegen wurde die Beobachtung durch die anhaltende Blutung erschwert.

Die intrauterine Blutung forderte zur Beendigung der Geburt auf und so wurde denn, obwohl der Muttermund noch nicht gehörig erweitert war, die Wendung auf einen Fuss mit darauffolgender Extraction des Kindes ausgeführt.

Während der Wendung war die Blutung ziemlich stark, die Nachgeburt musste wegen Verwachsensein manuell gelöst werden. Wegen anhaltender Blutung nach Entfernung der Nachgeburt wurde die Vagina mit Schwämmen tamponirt, die Bauchbinde angelegt, subcutane Aetherinjectionen gemacht, die Eisblase und Secale verordnet.

Das Kind starb 14 Tage alt. Die Mutter wurde, abgesehen von der Lungenaffection, nach drei Wochen gesund entlassen.

Diese 2 Fälle lehren uns zwar, dass die Tamponade allerdings nicht ein absolut sicheres Mittel zur Blutstillung ist und dass wir der intrauterinen Blutung unsere volle Aufmerksamkeit schenken müssen. Sie zeigen uns aber auch, dass frühzeitige Wendung und Extraction, selbst von geübter Hand ausgeführt, für die Mutter verderblich werden können, denn der Erweichungsgrad des Uterus ist nicht in allen Fällen der gleiche, und in Folge dessen ist auch die Dilatirbarkeit des Cervix eine sehr verschiedene. Die Gefahr eines Einrisses in den wenig erweiterten Cervix ist keineswegs so gering, als man gewöhnlich annimmt.

Während allerdings einige Practiker so glücklich waren, den Muttermund immer weich, aufgelockert und leicht dilatirbar zu finden, ersehen wir doch aus einer Zusammenstellung von Dr. *L. Müller*, dass von 531 Fällen der Muttermund 189 Mal „eng rigid, wenig eröffnet und wenig nachgiebig" war.

Einen ferneren Fall derart haben wir in Nr. 15 der Plac. præv. lateralis.

Pat., eine VI para, befand sich im 8. Monat der Schwangerschaft und kam wegen Blutungen in die Anstalt. Im Status bei der Aufnahme wird die Vaginalportion, bestehend aus zwei „äusserst harten wulstigen Lippen" angegeben, während allerdings die Wandungen des Uteruskörpers sich sehr schlaff anfühlten. Der Muttermund für einen Finger offen und 2 cm. neben dem orif. int. nach links hin der Placentarrand. Die Vagina wurde fest mit Schwämmen tamponirt, dennoch dauerte die Blutung an. Nach Entfernung der Tamponade fand man die Blase stehend, den Muttermund fünffrankenstückgross. Pat. war unterdessen anæmisch geworden, der Puls sehr schwach oft kaum fühlbar. Die Blase wurde nun gesprengt, in der Hoffnung, der vorliegende Kopf stille durch Druck auf das untere Uterinsegment die Blutung. Letzteres ging jedoch nicht in Erfüllung, die Blutung stand nicht, so dass man zur Wendung und Extraction der Frucht



schreiten musste. „Dabei entleert sich eine sehr grosse Menge braunröthlichen flüssigen Blutes mit Blutcoagulis, die sich hinter dem Kopf angesammelt hatte. Gleichzeitig mit dem Kopf geht auch die Placenta ab, die schon ganz losgelöst war. Das Kind war todt."

Gleich nach der Geburt wurde die Vagina mit Schwämmen tamponirt, subcutane Aetherinjectionen gemacht und Analeptica gereicht, schliesslich die unteren Extremitäten mit elastischen Binden eingewickelt. Pat. starb nach 2 Stunden.

Die Section ergab hochgradige Anæmie, zahlreiche Einrisse in der Mucosa des Cervix, und namentlich einen grossen Einriss auf der rechten Seite, der sich noch 3 cm. in die Vagina hinab erstreckte.

Dieser Fall ist auch in anderer Beziehung sehr lehrreich; er zeigt uns, wie der Rath, den man allgemein bei Placenta prævia lateralis ertheilt, und der darin besteht, bei vorliegendem Kopfe die Blase zu sprengen, verhängnissvoll werden kann. Man rechnet bekanntlich hiebei auf die Wehenthätigkeit, welche den Kopf gegen die blutende Placentarstelle drängen und dadurch die Hæmorrhagie stillen soll: allein, wenn die Contractionen mangelhaft sind, so kann das Blut in dem schlaffen Uterussack sich ansammeln und die Mutter durch interne Hæmorrhagie zu Grunde gehen oder doch hochgradig gefährdet werden. Es lehrt dieser Fall, dass man bei dem künstlichen Blasensprung mehr als es bisher geschieht, auch auf die Beschaffenheit der Wehenthätigkeit Rücksicht nehmen muss.

Auch *Schrœder*, welcher in seinem Lehrbuche den Rath gibt, sobald der Cervix offen ist, die Blase zu sprengen und einen Fuss herunter zu holen, gesteht, dass die Operation mitunter schwer auszuführen ist und dass profuse Blutungen dabei entstehen können.

Schrœder warnt vor voreiliger Extraction und nimmt auf das Leben des Kindes wenig Rücksicht. Abgesehen davon, dass der Muttermund oft noch nicht so weit offen ist, dass man ohne Anstrengung 2 Finger einführen kann und dass es nicht immer leicht gelingt, einen Fuss zu fassen und herunter zu ziehen, ist die Operation vor Allem dann erschwert, wenn man genöthigt ist, sich einen Weg durch das Placentargewebe zu bahnen.

Stellen sich schon während der Schwangerschaft schwache Blutungen ein, so soll Patientin vor Allem das Bett hüten und sich jeder körperlichen und geistigen Anstrengung enthalten. Die Diät sei kräftig, reizlos, ein Narcoticum kann unter Umständen auch verordnet werden. Wird die Blutung stärker, so tamponiren wir auf die unten angegebene Weise die Vagina. Dass die Tamponade öfters erneuert werden muss, ist selbstverständlich; findet man, dass nach 1—2 Tagen der Tampon kaum Benetzung mit Blut zeigt, so kann derselbe vorläufig weggelassen werden.

Findet man bei der Geburt den wenig erweiterten Muttermund von Placentargewebe bedeckt, so ist selbst bei unbedeutender Blutung die Tamponade vorzunehmen, um jenen plötzlich auftretenden, profusen Blutungen vorzubeugen.

Dauert die Geburt lange, so werden wir alle 12 Stunden die Tampons ändern, die Vagina vorsichtig ausspülen und die Untersuchung vornehmen. Da wir uns auf einen operativen Eingriff gefasst machen müssen, soll die Patientin schon vorher auf das Querlager gebracht und Alles zur sofortigen Operation bereit sein.

Findet man im weiteren Verlaufe der Geburt, dass die Placenta vollständig aufsitzt, so wird die grösstmöglichste Dilatation des Muttermundes abgewartet;



früher wird nur eingegriffen, wenn die Tamponade die Blutung nicht zu stillen vermag. Gewöhnlich wird bei Abwesenheit starker Blutung abgewartet, bis die Wehen den Tampon nach aussen treiben, ein Zeichen, dass jetzt die inneren Genitalien für die Wendung auf den Fuss gehörig vorbereitet sind. Letztere ist die einzige Operation, die zur Beendigung der Geburt ausgeführt wird.

Anders verhält sich jedoch das Verfahren bei Plac. præv. lateralis.

Ist einmal der Muttermund so weit eröffnet, dass wir unsere Hand einführen können, also etwa handtellergross, so stehen uns zwei Verfahren offen; entweder wir sprengen die Blase und warten den spontanen Geburtsverlauf ab, oder wir führen sofort die Wendung auf einen Fuss aus.

Mit dem Blasensprengen müssen wir jedenfalls nicht zu voreilig sein. Wohl nimmt danach mitunter die Geburt einen glücklichen spontanen Verlauf, in manchen Fällen sehen wir jedoch die Wehen nicht stärker werden, wohl aber die Blutung, die, wie bereits oben erwähnt, eine bedrohliche interne werden kann, und wir können in die Lage kommen, nachdem das Fruchtwasser schon seit längerer Zeit abgeflossen ist, unter viel ungünstigeren Verhältnissen die Wendung ausführen zu müssen.

Deckt die Placenta nicht den Muttermund vollständig, ist die Blutung unbedeutend, sind die Wehen kräftig, das Becken nicht verengt, befindet sich das Kind in Längslage und muss die Geburt nicht aus irgend einem Grunde schnell beendigt werden, so können wir immerhin die Blase sprengen und den spontanen Geburtsverlauf abwarten. Aber die Wehenthätigkeit muss dann beobachtet und wiederholt die Untersuchung vorgenommen werden.

Müssen wir später doch die Geburt künstlich beendigen, so wird es vom Stande des Kopfes abhängen, ob wir zur Zange greifen oder zur Wendung schreiten.

Bei Plac. præv. lateralis, stärkeren Blutungen, schwachen Wehen, schlaffen Uteruswandungen oder wenn Patientin schon heruntergekommen ist und wenn die Geburt möglichst schnell beendet werden soll, werden wir sofort wie bei Plac. præv. centralis verfahren, das heisst, einen Fuss herunterholen und meistens auch die Extraction des Kindes folgen lassen.

Vielfach wird auch die Frage aufgeworfen, ob der grössere Lappen der Plac. häufiger auf der rechten oder linken Seite seinen Sitz habe, um daraus zu bestimmen, wo man die Placenta, wenn man zur Wendung schreitet, loslösen soll.

Bedeckt die Plac. nicht ganz den Muttermund oder ist dieselbe auf einer Seite losgelöst, so ist uns der Weg zum Einführen der Hand gegeben. Bei Plac. præv. centr. kann man selten zum Voraus bestimmen, auf welcher Seite der kleinere Lappen sitzt. Wir werden mit einer Hand, und man kann die, welche den kleinen Theilen entspricht, wählen, die Plac. auf einer Seite ablösen, die Blase sprengen, einen Fuss erfassen und herunterziehen.

Nicht immer ist es aber nothwendig, die Füsse in der Uterushöhle aufzusuchen; oft gelingt es auch, die Wendung auf den Fuss nach *Braxton Hicks* auszuführen. Man kann besonders davon Gebrauch machen, wenn die Verhältnisse keine rasche Beendigung der Geburt erfordern.



Wichtig ist auch die Behandlung der Nachgeburtsperiode. Dauert die Blutung an und lässt sich die Placenta nicht exprimiren, wird sie sofort manuell entfernt.

Manchmal dauert die Blutung nach Ausstossung der Nachgeburt in Folge Atonie des Uterus und insbesondere des unteren Segmentes an. Diese Blutung kann äusserst gefährlich werden, da bei der durch die vorangegangene Hæmorrhagie geschwächten Patientin oft eine ganz geringe Blutung hinreicht, den letalen Ausgang herbeizuführen. Reichen die gewöhnlichen Mittel, wie Secale, Reibungen des Uterus, Einspritzungen von kaltem oder heissem Wasser, oder Lösungen von Liq. ferri sesq. nicht hin, dieselbe zu stillen, so wird die Vagina tamponirt und eine Bauchbinde angelegt. Letztere kommt auf der hiesigen Klinik öfters in Anwendung und man verfährt dabei folgendermaassen.

Ein harter länglicher Körper, am besten ein Stück Eisen (z. B. ein Bügeleisen) wird in ein langes Tuch gelegt und letzteres zusammengerollt. Mit der Hand streicht man die Bauchwände und allfällig vor dem Uterus gelegene Darmschlingen in die Höhe, legt die Binde so an, dass der harte Körper unmittelbar quer über dem Fundus uteri zu liegen kommt, schlägt die Enden des Tuches zweimal um den Leib und bindet sie vorn zusammen. Auf diese Weise wird der Uterus im kleinen Becken festgehalten und kann sich nicht ausdehnen. Ausserdem wird die Eisblase aufgelegt und 3 Mal täglich 0,5 Secale cornut. verordnet. Nach 2—3 Tagen kann die Binde entfernt werden, die Tampons bereits nach 12—24 Stunden.

Zur Tamponade während der Geburt und in der Nachgeburtszeit verwendet man am besten gut desinficirte, neue Schwämme oder mit einem Faden versehene Bäusche von Salicyl- oder gewöhnlicher Watte. Während die eine Hand die Schamlippen auseinanderhält, führt die andere die vorher in 5—10% Carbolöl getauchten Tampons ein. Gewöhnlich muss man nach einiger Zeit noch neue Tampons nachschieben.

Es lassen sich eben auch die Behandlung der Plac. præv. betreffend nur allgemeine Regeln aufstellen, nach welchen wir uns richten, im einzelnen Fall jedoch müssen wir davon abgehen und einen andern Weg einschlagen.

Meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. *P. Müller*, spreche ich für seine freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit meinen besten Dank aus.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Präsident: Prof. *Pflüger*, Actuar: Dr. *Ost.*

7. Sitzung vom 6. März 1883 bei Webern.[1]

Anwesend 27 Mitglieder.

1) Das Protokoll wird verlesen und genehmigt.

2) Prof. *Lichtheim* demonstrirt einen Fall von Hemiatrophia facialis (*Romberg*'scher Fall Otto Schwahn).

[1]) Erhalten 2. Juli 1883.



An der sich daran anschliessenden Discussion betheiligen sich die Prof. *Grützner*, *Luchsinger* und *Flesch*. Letzterer macht aufmerksam, dass Gesichtsatrophien nicht selten auf einer partiellen Mikrocephalie beruhen. So hätten zwei von ihm genauer anatomisch untersuchte Fälle von Mikrocephalie Hemiatrophia facialis dargeboten.

Auf den Einwurf von Prof. *Lichtheim*, dass Mikrocephalie doch stets ein angeborener Zustand sei, während in diesem und der Mehrzahl der ähnlichen Fälle die Hemiatrophie sich erst im 6. bis 10. Jahre entwickelt, entgegnet Prof. *Flesch*, dass auch in seinen Fällen die Hemiatrophie erst später aufgetreten sei.

3) Prof. *Luchsinger* spricht über die physiologischen Wirkungen einiger Metallgifte.

Er hatte zusammen mit Herrn Stud. med. *Marti* Mangan, Molybdän und Wolfram untersucht und bei allen drei Agentien vollkommene Uebereinstimmung der Wirkung gefunden.

Beim Frosch zeigt sich einfach die Symptomatologie allgemeiner Lähmung, wird also zuerst das Centralnervensystem betroffen, dann das Herz, endlich die Muskeln, und zeigt das Centralnervensystem auch hier den characteristischen, leicht verständlichen Gang seines Verfalls.

Beim Warmblüter addiren sich zu diesem Bilde hinzu mächtige Entzündungserscheinungen des gesammten Darmtractes, selbst wenn das Gift subcutan beigebracht war.

Bei der Section zeigt sich zum Mindesten starke Hyperämie, während des Lebens starke, oft blutige Diarrhoe, bei brechfähigen Thieren (Katzen und Hunden) constant als eines der frühesten Ereignisse Erbrechen.

Schon in den zuerst erbrochenen Massen ist Mangan wie Wolfram leicht nachzuweisen.

Die Drüsen des Magens und des Darms sind also wohl ganz besonders befähigt zur Elimination des Giftes, dieses wirkt dann aber dort, an den Ausscheidungspunkten als kräftiger, schliesslich entzündungserregender Reiz und wird die starke Hyperämie des ganzen Verdauungsrohres die nächste Folge sein.

Entsprechend der Eröffnung solcher gewaltiger Gefässbezirke sinkt dann weiterhin der Blutdruck ganz bedeutend, und ist eine Reizung der Gefässnerven des Darmes nunmehr vollständig erfolglos. Der Tod kann nunmehr schon allein durch diesen Verfall der Circulation, dann meist unter den durch *Kussmaul* so gründlich aufgeklärten asphyctischen Krämpfen erfolgen.

Hand in Hand mit der Abnahme der Erregbarkeit des Centralnervensystems folgt endlich stets ein beträchtliches Sinken der Temperatur.

Weiter bespricht *Luchsinger* die äusserst giftigen Wirkungen einiger Wismuthsalze, deren Studium ja gerade seit der durch *Kocher* eingeführten Wismuthantisepsis besonderes Interesse verdient.

Zusammen mit Herrn med. pract. *Mory* wurden die nöthigen Versuche angestellt.

Wenn schon das in Wasser fast gänzlich unlösliche Magisterium Bismuthi gleichwohl kräftige antiseptische Wirkungen entfaltet, so werden in Wasser leicht



lösliche, gleichzeitig die Eiweisskörper der Gewebe nicht coagulirende Wismuthverbindungen äusserst giftig wirken müssen.

Luchsinger hat citronensaures Wismuthnatron, sowie citronensaures Wismuthammonium (letzteres in schönen Krystallen von *Merk* zu beziehen) angewandt, Dosen von ca. 0,2 grmm. tödten schon grosse Kaninchen.

Beim Frosch ist die Wirkung sehr ähnlich jener der Kalisalze, und verfallen vorzüglich die Muskeln der Lähmung.

Bei grossen, auf einmal eingeführten Dosen starben dem entsprechend die Warmblüter an Lähmung des Herzens.

Bei subacuter Vergiftung machen sich auch hier Hyperæmien und Entzündungen des Darmtractes, ebenfalls als Folge der Ausscheidung des Giftes durch Magen und Darm geltend, sinkt der Blutdruck und stirbt das Thier endlich, ohne dass das Herz seine Function schon eingestellt hätte.

Constant war auch hier ein erhebliches Sinken der Körpertemperatur zu beobachten.

Discussion: Dr. *Wyttenbach* frägt an, wie es komme, dass bei der hohen Giftigkeit der löslichen Bismuthsalze dennoch das Magisterium Bismuthi niemals toxische Wirkungen zeige, wie man sich überhaupt die therapeutische Wirkungsweise des Bismuthum subnitric. physiologisch erkläre.

Prof. *Luchsinger* erklärt sich die unschädliche interne Verabreichung des Bismuth aus der fast völligen Unlöslichkeit des Magisterium Bismuthi.

Prof. *Grützner* stimmt mit *Luchsinger* überein, dass die Nervenendapparate durch die verschiedenen Gifte sehr verschieden beeinflusst werden, er frägt an, ob und welche Nierenveränderungen bei Bismuthvergiftungen der Vortragende beobachtet habe, worauf *L.* antwortet, dass aus seinen Experimenten sich in dieser Richtung noch keine übereinstimmend positiven Resultate ergeben hätten.

Prof. *Nencki* hat den Darm eines nach Wismuthbehandlung Verstorbenen untersucht und übereinstimmend mit Vergiftungsversuchen an Hunden gefunden, dass erst im Dickdarm, wo Fäulnissvorgänge lebhafter sich entwickeln, Schwefelwismuth auftrete und dadurch der Darm tiefschwarz erscheine; im Dünndarm sei der Darminhalt keineswegs schwarz. In Vergiftungsfällen mit Wismuth treten auch Veränderungen in den Nieren auf und es konnte daselbst Wismuth chemisch nachgewiesen werden.

Auf eine Anfrage von Prof. *Nencki*, wie sich der practische Arzt die Wirkungsweise des Bismuth vorstelle, erwidert Dr. *Dubois*, dass er sich die erprobte Wirksamkeit des B. bei Verdauungsstörungen und Diarrhœ hauptsächlich aus den antimycotischen Eigenschaften erkläre, es sei anzunehmen, dass auch ohne chemische Veränderung des B. selbst eine chemische Modification des Darminhaltes vor sich gehe, wobei die Fäulnissprocesse im Darm vielleicht etwas gemässigt würden.

Dr. *Ziegler* erinnert daran, dass früher B. besonders bei Gastralgien angewendet worden sei; bei Anlass einer schweren Ruhrepidemie in Bern sei vom damaligen Prof. *Vogt*, nachdem so ziemlich alle Adstringentien der Reihe nach durchprobirt wurden, auch das Magisterium Bismuthi in ganz beträchtlichen Dosen —

drachmenweise — verabfolgt worden und mit günstigem Resultate; Vergiftungserscheinungen wurden nie beobachtet.

4) Dr. *Ost* spricht über infectiöse Pneumonie.

Nach einem historischen Ueberblick über die Entwicklung der Pneumoniefrage in den letzten Jahrzehnten bespricht der Vortragende die trotz der Uebereinstimmung fast sämmtlicher Autoren in der Auffassung der croupösen Pneumonie als einer Infectionskrankheit noch zur Zeit bestehenden abweichenden Ansichten über das Wesen des pneumonischen Infectionsstoffes.

Während auf der einen Seite *Leichtenstern* und *Jürgensen* für einen specifisch pneumonischen Infectionsstoff eintreten — der erstere mit der Annahme einer leichteren sthenischen und schwereren asthenischen Modification, *Jürgensen*, indem er die Verschiedenheit des klinischen Verlaufes einzig aus dem individuellen Verhalten dem Krankheitserreger gegenüber ableitet — erklären sich andere Autoren, gestützt auf ihre Erfahrungen, unumwunden für eine nahe Beziehung der croupösen Pneumonie zu andern wohl charakteristischen acuten Infectionskrankheiten in der Weise, dass die Pneumonie in vielen Fällen blos die vom gewöhnlichen Sitz abweichende Localisation der Krankheit in den Lungen darstelle. So ist die Aehnlichkeit im Verlauf gewisser Wanderpneumonien mit dem Erysipel der äussern Haut schon von *Traube*, *Trousseau* und *Grisolle* hervorgehoben worden und *Friedreich* nimmt geradezu eine erysipelatöse Pneumonie an.

In ähnlicher Weise wird von den französischen Autoren die Pneumonie, wie sie bei Febris intermittens auftritt, als eine besondere, selbstständige Form, als Pneumonie paludéenne von der genuinen P. abgetrennt.

Auch für Scharlach und Diphtheritis fehlt es nicht an Beobachtungen, welche für eine primäre und ausschliessliche Localisation des Krankheitsgiftes in den Lungen zu sprechen scheinen.

Häufiger noch wurde aufmerksam gemacht auf die enge Verwandtschaft zwischen Pneumonieformen mit Abdominal- und Flecktyphus, nicht nur in den klinischen Merkmalen — Roseola, Diarrhœ, Meteorismus und Milzschwellung — sondern auch dem pathologisch-anatomischen Befunde der Schwellung der *Peyer*'schen Plaques, der Solitärfollikel und der Mesenterialdrüsen, so dass *Gerhard* solche Pneumonien ebenfalls für eine Localisation des Typhuskeimes in den Lungen auffasste. Bemerkenswerth in dieser Richtung sind die von *Kühne* (Maringen), *Rodman*, *Grimshaw* und *Moor* (Dublin) beobachteten Gefängniss- und Schulepidemien von Pneumonie, sie scheinen dafür zu sprechen, dass der Infectionsstoff für solche Pneumonien gleichen ätiologischen Momenten (Cloakengase, putride Emanationen) seine Entstehung verdankt, wie dies für Abdominaltyphus erwiesen ist.

Dass dieses ätiologische Moment aber nicht das einzig Wesentliche darstellt, ergibt sich aus dem in gewissen Hochthälern des Oberlandes auffallend häufigen „Alpenstich", einer infectiösen, wohl auch contagiösen Form von Pleuropneumonie. Boden- und Wohnungsverhältnisse weichen von denjenigen der Nachbarortschaften in keiner Weise ab und doch ist das Auftreten von Pneumonie zu gewissen Jahreszeiten (Winter) an diesen Orten fast epidemisch, ohne dass andere Infectionskrankheiten, etwa Typhus, häufig vorkämen. Ueberhaupt ist das Vorkommen von



infectiöser (contagiöser?) Pneumonie nach den Angaben mehrerer Collegen auch im Mittelland keineswegs selten. So theilte Dr. *Krebs* in Herzogenbuchsee dem Vortragenden nicht weniger als 3 Hausepidemien von Pneumonie mit, welche er innerhalb weniger Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Mortalität war eine sehr grosse. Ebenso berichtet Dr. *A. Kottmann* in Solothurn von einer „septischen Pneumonie“, welcher innerhalb kurzer (1½ Monat) Zeit 2 Geschwister von 6 und 7 Jahren zum Opfer fielen.

Beide Beobachter machen besonders aufmerksam, dass die socialen und sanitarischen Verhältnisse durchaus gute waren und andere Infectionskrankheiten in diesen Häusern nicht vorgekommen seien.

In ätiologischer Beziehung besonders interessant ist die von *Ritter* beobachtete Pneumoniehausepidemie in Uster (vide Corr.-Bl. Nr. 19, 1879), welche von demselben als eine „an Flecktyphus anlehnende Form von typhöser Pneumonie“ aufgefasst wird, wobei der Infectionsstoff möglicherweise durch exotische Vögel (Papageien), welche über Berlin, wo damals Flecktyphus herrschte, nach Uster gelangten, vermittelt wurde.

So wenig Positives *Ritter* für seine Ansicht, dass die exotischen Vögel die Träger des pneumonischen Infectionsstoffes gewesen, beizubringen vermag, so war es dem Vortragenden doch höchst auffallend, bei einer Pneumoniehausepidemie in Bern auch wieder exotische Vögel anzutreffen.

1) Am 11. November 1882 erkrankte die 53jährige Frau St. mit Frösteln, Appetitlosigkeit, leichtem Kopfschmerz und Seitenstechen, wozu sich gegen Abend ein kurzer, aber ausgesprochener Schüttelfrost gesellt. Unter hohem Fieber, 39,5 bis 40,5°, mässiger Pulsfrequenz, P. = 86, und kaum beschleunigter Athmung, R. = 22, entwickelten sich nach 3 Tagen die Zeichen einer pneumonischen Infiltration des linken Unterlappens. Während Respiration und Herzthätigkeit sich gleich blieben, schritt der pneumonische Process unter andauernd hohem Fieber, 40—41,5°, das weder durch Chinin, Natr. salicyl., noch Kaltwasserbehandlung sich beeinflussen liess, unaufhaltsam weiter. Der trübe spärliche Urin zeigte mässig Eiweiss, daneben massenhaft Nierenepithel und Cylinder im Stadium des körnigen Zerfalles. Unter allmäliger Benommenheit des Sensoriums, Meteorismus und zunehmender Schwäche erfolgte am 13. Krankheitstage der Exitus unter Lungenœdem und tiefer Cyanose.

2) 3 Tage vor dem Tode der Frau St. erkrankte der psychisch und durch die Nachtwachen physisch sehr heruntergekommene Ehemann (52 Jahre alt) an Frösteln, Husten mit deutlich pneumonischem Auswurf. Die Temperatur betrug bei der ersten Messung bereits 40,0. Objectiv liess sich am folgenden Tag eine Verdichtung des linken untern Lungenlappens constatiren, welche unter andauernd hohem Fieber, 40,0—41,0°, gegen die Spitze weiter schritt und am 4. Krankheitstag auch die rechte Lunge befiel. Unter ähnlichen Erscheinungen wie bei der Ehefrau, geringer Steigerung der Puls- und Athmungsfrequenz, aber nicht zu besiegender Temperatursteigerung und mässigem Eiweiss- und reichlichem Epithelcylindergehalt des Urins schritt die pneumonische Infiltration beidseitig bis zu den Spitzen vor. Am 9. Krankheitstage traten deutliche Erscheinungen von beginnender Herz-

schwäche ein, unter zunehmendem Meteorismus, Somnolenz abwechselnd mit Delirien trat am 13. Krankheitstag der Tod unter Lungenœdem ein.

Die Section (Prof. *Langhans*) ergab eine doppelseitige croupöse Pneumonie im Zustand der rothen Hepatisation, Dilatation des linken Ventrikels, Degeneration des Herzfleisches; dünnflüssige Beschaffenheit des Blutes. Schwellung der Nierencorticalis.

3) 8 Tage nach dem Tode des Herrn St. erkrankte dessen 26jähriger Sohn, welcher während der Krankheit von Mutter und Vater stets bei der Pflege behülflich gewesen, mit Schüttelfrost und hohem Fieber, Husten mit später blutigem Auswurf. Erst am 4. Krankheitstag liess sich eine pneumonische Verdichtung des linken Unterlappens constatiren. Unter kritischem Temperaturabfall und starkem Schweiss am 5.—6. Krankheitstag erfolgte völlige Genesung.

4) Zu gleicher Zeit wie der Sohn erkrankte auch die Dienstmagd, welcher ausser der Besorgung der Küche die Fütterung der exotischen Vögel oblag, an den Erscheinungen einer rechtsseitigen Pneumonie, deren Heilung im Burgerspital ohne weitere Complication vor sich ging.

Was die sanitarischen Verhältnisse der Wohnung der Familie St. anbetrifft, so waren dieselben sehr günstig. Ein einzeln stehendes, von einem Garten umgebenes, comfortables Haus in einer sehr gesunden Lage vor der Stadt. Die Zimmer sonnig, luftig, leicht ventilirbar. Neben dem Wohnzimmer befand sich das kleine Cabinet, das als Aufenthalt für die Käfige von etwa einem Dutzend exotischer Vögel diente und dessen Thüre gegen das Wohnzimmer meist geöffnet war. Die tägliche Reinigung und Fütterung besorgte Herr St. selbst. 14 Tage vor der Erkrankung von Frau St. hatte er eine neue Sendung bekommen von London und ein Exemplar war wenige Tage nach der Ankunft zu Grunde gegangen, ein zweites ging während der Krankheit von Frau St. zu Grunde; die andern Vögel blieben wohl und war nach ihrer Verschenkung auch keine ähnliche Erkrankung aufgetreten.

In der Discussion bemerkt Prof. *Lichtheim* mit Rücksicht auf die ätiologische Deutung, welche Dr. *Ritter* für seine Usterepidemie aufstellte, dass die Erklärung, es sei eine an Flecktyphus anlehnende Form von Pneumotyphus gewesen, ihm ziemlich gesucht erscheine: vor Allem fehle das Exanthem und spreche der Mangel von Contagiosität gegen Flecktyphus. Aber auch in der Bezeichnung Pneumotyphus müsse man vorsichtig sein. So lange bei einer Krankheit trotz Meteorismus, Diarrhœ und Milzschwellung pathologisch-anatomisch keine charakteristischen Erscheinungen im Darm sich finden, dürfe man von einer näheren Verwandtschaft mit Ileotyphus nicht sprechen. Was ferner die Ansicht anbetreffe, dass die Lungen den primären Localisationsherd für die verschiedensten Infectionskrankheiten abgeben können, so sei diese Frage so lange nicht spruchreif, als bis die für die einzelnen Infectionskrankheiten charakteristischen Pilzformen auch in der Lunge in hinreichender Menge constatirt worden seien.

Prof. *Demme* liest mit Rücksicht auf die ätiologische Rolle, welche Papageien bei der Entstehung von infectiöser Pneumonie haben können, zwei Mittheilungen aus deutschen Tagesblättern vor, welche über eine bei Papageien vorkommende myco-



tische Form von Lungenentzündung handeln. Die eine Mittheilung findet den Pneumoniepilz in Stäbchenbacterien, die andere spricht gewisse Coccenformen als die Urheber der Entzündung an.

Dr. *Dutoit* will trotz der entschiedenen Opposition von Prof. *Lichtheim* 2 Fälle der Fueter'schen Epidemie als wirkliche Typhen aufgefasst wissen, ohne dass er im Stande wäre, bestimmte Argumente für seine Vermuthung vorzubringen.

Dr. *Schärer* hat in der Strafanstalt in Bern in den Jahren 1865 und 1873 epidemisches Auftreten von Pneumonie beobachtet; ätiologische Anhaltspuncte liessen sich nicht eruiren und die Pneumonien verliefen auffallend günstig.

Ende der Sitzung 11½ Uhr p. m.

Referate und Kritiken.

Die Hygieine des Auges in den Schulen.

Von Prof. *Hermann Cohn* (Breslau). 8°. 190 S. mit 53 Abbildungen.
Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1883.

In dieser sowohl für gebildete Laien, namentlich Staats- und Schulmänner, als für Aerzte und Hygieiniker bestimmten Schrift hat der durch seine bahnbrechenden Untersuchungen von Schüleraugen berühmte Verf. die Resultate eigener und fremder Forschungen in anregender und klarer Weise zusammengefasst. Der Lehre von den Refractionsanomalien ist eine gemeinverständliche anatomisch-physiologische Einleitung vorausgeschickt. Die progressive Myopie mit ihren Folgen nimmt natürlich unter den behandelten Fragen eine hervorragende Stelle ein.

Der lehrreichen Statistik, welche nun schon ein Material von über 50,000 untersuchten Schülern verschiedener (doch vorwiegend deutscher) Länder umfasst und zu welcher mehrere unserer Landsleute werthvolle Beiträge lieferten (*Pflüger*, *Emmert*, *Dor*, *Ott & Ritzmann*, *Erismann* etc.) ist ein besonderes Capitel gewidmet. Obgleich noch keine bestimmten Schlüsse bezüglich des Einflusses der Race auf die Disposition zur Myopie möglich sind, geht doch aus den bisher bekannten Thatsachen sicher hervor, dass keine Nationalität und kein Stamm sich gegen die schädlichen Einflüsse des Schullebens auf die Augen immun verhält. Mit besonderem Fleiss ist das practisch so wichtige Capitel der Subsellien, in welchem Verf. (nach *Fahrner*) sich das grösste Verdienst erworben, sodann das des Einflusses von Druckschrift und Schreiben behandelt. Die Rolle des Schreibens bei Erzeugung der Rückgrats-Verkrümmungen und der Myopie wurde bis vor Kurzem unterschätzt. Diese Abschnitte, in denen die neuesten Untersuchungen (*Ad. Weber*, *Berlin*, *Javal* etc.) Berücksichtigung finden, sollten, wie das ganze Schriftchen überhaupt, von allen Pädagogen gelesen werden. Nur dadurch, dass die mühsam von den Aerzten gewonnenen Thatsachen und Schlüsse das Gemeingut der Lehrer, der Schulvorstände und der gebildeten Eltern werden, kann der Zweck der Hygieine, die Erhaltung gesunder Augen mit ungeschwächter Sehkraft, erreicht werden. In diesem Sinne hat *H. Cohn* gearbeitet; in diesem Sinne ist seinem neuesten Werke der ausgebreitetste Leserkreis zu wünschen.

Haltenhoff.

Fragments d'ophthalmologie pratique.

Von *Baudry*. Paris, O. Berthier, 1883. p. 66.

Verf. behandelt in seiner lesenswerthen Arbeit ausführlich und mit gehöriger Berücksichtigung der Literatur, namentlich auch der deutschen, die Blepharitis, das Granuloma palpebrale (Hordeolum und Chalazion), die Ophthalmoblennorrhœa neonatorum, die Conjunct. granulosa und die aus letzterer hervorgegangene Keratitis vasculosa (Pannus).

Für diejenigen Fälle von Blepharitis, welche zu starker Hypertrophie des freien Lidrandes führen, schlägt *B.* vor, den letztern mit der Tätowirnadel zu sticheln und, nach Stillung der Blutung, mit Sol. arg. nitr. (1 : 5—10) zu bepinseln.

Statt der nichtssagenden Bezeichnung „Chalazion und Hordeolum" wird die passendere „Granuloma palpebrale" eingeführt.



Bei dem von der Blennorrhœa neonat handelnden Artikel erfahren wir, dass schon seit einigen Jahren in Hâvre prophylactische Maassregeln angestrebt werden, indem allen Eltern, die ein Kind anmelden, eine kleine Brochure (später nur ein einziges Blatt aus dickem Papier) eingehändigt wird, die sie über die Gefahren und ersten Symptome der Krankheit und das zweckmässigste Verhalten denselben gegenüber aufklärt. — Die ausgebrochene Krankheit behandelt *B.* mit Sol. arg. nitr. 1 : 40 (Morgens und Abends), mit antiseptischen Waschungen und, nur bei starker Chemosis, mit Scarificationen.

Das Trachom wird in leichten Fällen alle 2 Tage mit dem Alauncrystall behandelt; in chronischen Fällen cauterisirt *B.* wöchentlich 1—2 Mal mit Lap. mitig. oder mit Cupr. sulf., dazwischen wird täglich mit Alaun touchirt. Nur ausnahmsweise sind Scarificationen oder gar Incisionen der Granulationen indicirt. *Hosch.*

Ueber einige Indicationen zur Cranioclastextraction.

Von *H. Fritsch. Volkmann*'s klin. Vorträge Nr. 231 (Gyn. Nr. 63). Leipzig, Breitkopf & Härtel.

Im Anschluss an eine mit Placenta prævia bei einer Erstgebärenden complicirte Geburt, bei der wegen sehr schleppenden Verlaufs, hochgradiger Anæmie und Fieber das todte Kind perforirt und mit dem Cranioclast extrahirt wurde — die Mutter genas — bespricht *Fritsch* die Indicationen zur Verkleinerung des Kindes.

In der vorantiseptischen Zeit war jeder Eingriff hauptsächlich jedoch die Perforation für die Mutter gefährlich und man operirte daher mit Recht so wenig als möglich. Jetzt stehen die Sachen anders, Infection können wir ziemlich sicher vermeiden und wenn wir statt des früher üblichen Kephalothryptors den Cranioclast anwenden, so werden wir nur ganz unbedeutende Verletzungen verursachen und auch so die Gefahr vermindern. Oft ist Perforation und Cranioclastextraction der todten Frucht bei weitem das schonendste Entbindungsverfahren. In allen passenden Fällen ist darum diese Methode zu wählen, die Entstellung der Kindsleiche kommt nicht in Betracht. Die Richtigkeit dieser Principien wird durch einige Geburten aus der Praxis des Verf., bei denen auf diese Weise operirt wurde, illustrirt, so bei Carcinom des Uterus, Atresie der Scheide, engem Muttermund und Zwillingen. Auch wenn das Kind noch lebt, aber wenig Aussicht hat erhalten zu werden, z. B. bei Placenta prævia und Geburt vor dem Ende der Gravidität, räth *Fritsch* zu perforiren. Natürlich muss in jedem Fall das Für und Wider gehörig erwogen werden; denn kritikloses Handeln nach mechanisch eingeprägten Dogmen wird nicht immer auf den rechten Weg führen.

Wir empfehlen das Studium des sehr zeitgemässen Vortrags allen Geburtshelfern, die nach Lecture desselben gewiss dem Schlusssatze beistimmen werden: „Der Cranioclast und die Antisepsis sind berufen, die Indication zur Perforation und schnellen Entbindung zu erweitern." *Gœnner.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Anlässlich der bevorstehenden grösseren Truppenübungen werden auch wieder öfter Fälle von Erkrankungen nach dem Dienst und in Folge desselben vorkommen.

Um die Betreffenden und die sie behandelnden Aerzte vor Schaden zu bewahren, rufen wir allen Aerzten, auch den Nicht-Militärärzten folgende gesetzliche Vorschriften in Erinnerung:

1) Bundesgesetz über Militärpensionen und Entschädigungen vom 13. November 1874, Art. 7: „In der Regel sollen die vorübergehend Beschädigten bis zu ihrer vollständigen „Heilung auf Rechnung des Bundes im Spitale behandelt werden. Wo dieses aus „Gründen, welche die Behörde zu würdigen hat, und mit Erlaubniss „derselben nicht geschieht, wird dem Beschädigten .... eine Entschädigung aus- „bezahlt, welche dem Betrage der Verpflegungs- und Heilungskosten in einem Spitale „mit Zuschlag des reglementarischen Soldes gleichkommt."

2) Das Kreisschreiben des Bundesrathes an die Cantonsregierungen vom 27. Februar 1880, welches allen Aerzten zur Kenntniss gebracht worden ist, bringt obigen Paragraph in Erinnerung und bemerkt dazu, diese Vorschrift finde auch auf diejenigen Militärs An-



wendung, welche innerhalb 3 Wochen nach dem Dienst erkranken. Wenn solche Fälle nicht angezeigt und nicht rechtzeitig in den Spital gebracht werden, so falle die Schuld den behandelnden Aerzten zur Last. Das Kreisschreiben sagt weiter:

„Der Oberfeldarzt hat zu bestimmen, ob ein kranker Militär anderswo als im Spital „verpflegt werden dürfe, und wir ersuchen Sie daher, allen practicirenden Aerzten Ihres „Cantons die bestimmte Weisung zugehen zu lassen, über alle Erkrankungen von Militärs „innerhalb 3 Wochen nach dem Dienstaustritt, bei welchen ihre Hülfe verlangt wird, un„verzüglich dem Oberfeldarzt Mittheilung zu machen, sofern

„1) dieselben als mit dem Dienst in ursächlichem Zusammenhang stehend zu be„trachten sind;

„2) vorauszusetzen ist, dass der Geschädigte von seinem eventuellen Anspruch auf „Entschädigung Gebrauch machen werde.

„Wir machen hiebei ganz besonders darauf aufmerksam, dass wir künftig Entschä„digungsgesuche für Militärs, welche ohne die ausdrückliche Erlaubniss des Oberfeldarztes „zu Hause behandelt werden, nicht mehr berücksichtigen werden.“

Jeder Arzt, welcher bei Erkrankungen nach dem Dienst die vorgeschriebene rechtzeitige Anzeige an den Oberfeldarzt unterlässt, hat daher diese Unterlassung nicht nur vor seinem Gewissen zu verantworten, sondern auch zu gewärtigen, dass ihn sein Patient für den Schaden, der ihm aus dieser Unterlassung erwächst, civilrechtlich verantwortlich macht.

Der Oberfeldarzt: Dr. *Ziegler*.

Chauxdefonds. Dr. *Joseph Wyler* †. De nouveau la mort impitoyable a enlevé un de nos collègues à la fleur de l'âge. Le 18 Juin dernier, décéda subitement à Chauxdefonds Dr. *Joseph Wyler*, né en 1848 à Bade (Ct. d'Argovie).

Après de bonnes et solides études à l'école cantonale d'Aarau d'abord, ensuite aux universités de Zurich, Berne, Würzburg, Leipzig, après des examens distingués passés en 1871 à Berne et Strasbourg (localité où il acquit le grade de docteur) il aurait aimé se vouer à une carrière universitaire. Ses ressources financières ne lui permettant pas de continuer ses études, il s'établit d'abord à Turgi près Bade, et quelques années plus tard, après un court séjour aux Brenets, à la Chauxdefonds, où il pratiquait depuis 1879. D'après le témoignage de tous ses collègues *Wyler* était un médecin distingué. Doué d'une intelligence bien développée, il réunissait à une instruction générale peu commune, surtout au point de vue littéraire, des connaissances solides et étendues en médecine. Rehaussées par un profond amour pour la science et une ardeur infatigable au travail, ces qualités ne pouvaient manquer de lui attirer la confiance de ses clients et l'estime de ses collègues. Dans la Société médicale de Chauxdefonds, *Wyler* comptait parmi les membres les plus actifs et les plus travailleurs, ayant toujours une question intéressante à soulever, sachant traiter chaque sujet d'une manière originale. D'une nature excessivement irritable, vivant en garçon, il s'isolait volontiers, et n'accordait sa confiance pleine et entière qu'à quelques amis éprouvés. Ce genre de vie augmentant encore sa susceptibilité naturelle, souvent exagérée, il eut à supporter maintes difficultés de la part des personnes qui le méconnaissaient, difficultés qui lui rendaient souvent la vie bien amère. Sous ce rapport, la mort, qui frappa comme un coup de foudre la population de Chauxdefonds, fut pour lui peut-être une délivrance. Mais elle fut une perte sensible pour ses malades, et douloureuse pour ses collègues et ses amis. Que la terre lui soit légère.

G.

Zürich. Eidg. Officiersfest. Tit. Redaction! Ihrem Wunsche, über die Verhandlungen der Section „Sanität“ am eidg. Officiersfest einen Bericht von mir zu erhalten, will ich hiemit bereitwillig nachkommen.

Vorerst bitte ich Sie aber, mir zu erlauben, auseinanderzusetzen, wie das verzeichnete Tractandum in's Programm gekommen ist.

Im März laufenden Jahres wurde ich vom Centralcomité vorläufig als Mitglied des Specialcomité's für die Sanität bezeichnet. Als solches hatte ich die moralische Verpflichtung, für Tractanden und Referenten besorgt zu sein. Herr Hauptmann Dr. *Bovet*, den ich im April zu sprechen Gelegenheit hatte, war so freundlich, mir einen Vortrag in Aussicht zu stellen und ich beeilte mich, dieses Resultat meiner Suche dem Centralcomité mitzutheilen mit dem Bemerken, dass ich selber für Abänderung der Brevetirung und der Avancements der Sanitätsofficiere plaidiren werde, sofern Herr Hauptmann *Bovet* diesen



Punct in seinem Vortrag nicht berühren sollte. In Folge missverstandener Auffassung dieser Mittheilung ist dann im Programm Tractandum und Referent unrichtig angegeben worden.

Einige Tage vor dem Officiersfest hat dann Herr Hauptmann *Bovet* sich in der Unmöglichkeit befunden, an demselben Theil zu nehmen und so reducirten sich die Verhandlungen auf die Discussion der Postulate des Unterzeichneten.

Anwesend waren 16 Sanitätsofficiere, darunter ein Major. Nach einer $2^1/_2$stündigen Discussion, die dem Vortrage des Unterzeichneten folgte, wurden folgende Postulate angenommen:

I. Um einem entschiedenen Mangel in der Organisation des Sanitätsdienstes bei den Truppencorps abzuhelfen, sollte jedem Infanterieregiment und jeder Artilleriebrigade ein Arzt mit Majorsrang zugetheilt werden. Es würde diese Neuerung nicht allein zur Hebung des Sanitätsofficiercorps beitragen, sondern auch dem Auszug eine grössere Anzahl tüchtiger Sanitätsofficiere erhalten.

II. Im Interesse der Gleichstellung aller Waffen dürfte der Vorzug der Sanitätsofficiere, von vorneherein als Oberlieutenant brevetirt zu werden, dahinfallen.

III. Es möchte bei der Versetzung der Sanitätsofficiere mehr Rücksicht auf die civile Thätigkeit und die persönliche Neigung des Einzelnen genommen werden.

IV. Es möchte der zuständigen Behörde anheimgestellt werden, dem Chef eines Ambulancespitals event. auch Majorsrang, dem Chef eines Feldlazareths event. auch den Rang eines Oberstlieutenants zu verleihen.

Ziff. I, III, IV wurden einstimmig, Ziff. II mit allen gegen eine Stimme angenommen.

Hauptm. Dr. *E. Maienfisch.*

Zürich. Die Behandlung der Cholera durch prolongirte heisse Bäder in der Zürcher Epidemie von 1867. Wenn der Landarzt auf seinen täglichen Wanderungen durch Feld und Wald streift, so hat er Zeit über allerlei nachzudenken und es steigen medicinische und andere Phantasiebilder auf. Das Rauschen der Blätter im Walde sagt ihm manches, wenn ihm auch das feine Ohr des Zauberers Merlin, ihre Sprache ganz zu verstehen, fehlt. Der Stadtarzt hat in dem ewigen Gewühl des Menschenlebens weniger Zeit dazu. Es fehlen ihm die stillen Mussestunden.

Obgleich ich die Cholera nur vom Hörensagen kannte, so stieg im Jahre 1867, als eine ziemlich heftige Epidemie in Zürich herrschte, ein solches Phantasiebild in meiner Seele auf, ob nicht mancher Kranke, den die heissblütige Tochter Indiens mit ihren Zauberarmen bereits umschlungen hält, bei dem die Haut im algiden Stadium mumienhaft eintrocknet, durch prolongirte heisse Bäder gerettet werden könnte. Bei der grossen Schwäche des Kranken leuchtet es ein, dass stundenlange Bäder nur vertragen werden, wenn ein langer, nach hinten ausgeschweifter Badkasten neuer Construction zu Gebote steht, in welchem ein Leintuch ausgespannt ist, so dass der Kranke auf diesem Leintuch in der gleichen, fast horizontalen Lage, wie im Bette, schwebt, wobei ihm leicht Erfrischungen gereicht werden können.

Ich theilte diese Ansicht Herrn Prof. *Biermer* mit, der damals in der Choleraepidemie in Zürich wie ein Feldherr unerschrocken in der Schlacht stand, und erhielt von ihm gegen das Ende der Epidemie folgende Antwort, welche derselbe wohl auch anderswo niedergelegt hat; gleichwohl mag es gut sein, bei der Gefahr einer neuen Invasion der Cholera in Europa auf jenes Mittel und die Construction jener Badkasten aufmerksam zu machen, da das Beste oft leicht vergessen wird und man immer nach Neuem hascht, wobei die Medicin etwelche Aehnlichkeit mit dem Wechsel der Frauenmoden zeigt, nur dass bei den Frauen eine kaum einjährige, bei der Medicin eine vielleicht zehnjährige Stabilität sich findet.

Herr Prof. *Biermer* (jetzt Kliniker in Breslau) schrieb mir unter dem 20. Oct. 1867:

„Was Ihren Vorschlag der prolongirten heissen Bäder betrifft, so habe ich gleich im Anfang der Epidemie Versuche damit angestellt und auch nach Ihrer Empfehlung vorzüglich mit dieser Methode operirt und ich kann sagen, dass die heissen Bäder entschieden eines der besten Mittel sind. Manche sehr schwere Fälle verdanken ihre Genesung gewiss nur diesem Mittel. Die physicalischen Mittel (innere Kälte und äussere Wärme) sind überhaupt für das algide Stadium mehr werth, als die chemischen."



Es können auch Versuche gemacht werden, den Bädern Stoffe zuzusetzen, welche einen leichten Hautreiz ausüben oder excitirend wirken. Das Frottiren der Haut mit nassen Tüchern kann sehr dazu beitragen, die stockende Blutcirculation anzuregen, wie es auch kräftig anregend auf das Athmungscentrum einwirkt. Dr. *Treichler* (Stäfa).

Briefe von der deutschen Ausstellung für Hygieine und Rettungswesen.

Von Dr. *Gustav Custer* in Rheineck.

V.

Ungemein reich und in geradezu glänzendem Gewande sich präsentirend ist die Gruppe über *Krankenpflege*, *Arzneimittel*, *Producte hervorragender deutscher, ungarischer und böhmischer Bäder*. Namentlich spielen die Materialien zum antiseptischen Verbande in seinen sämmtlichen bald unzähligen Modificationen eine grosse Rolle. Auch die *Bæschlin*'sche Firma hat elegant und vollständig ausgestellt. Sehr anschaulich und bemerkenswerth ist die, streng genommen eigentlich nicht zur öffentlichen Gesundheitspflege gehörige Ausstellung des Dr. *Neuber* in Kiel über seine Dauerverbände mit *Torfpulver*, wie sie in der Klinik von Professor *Esmarch* gebräuchlich sind und alle anderen Verbandmaterialien daselbst verdrängten. [1]) Der Torf muss, um die Wundsecrete gut zu absorbiren, einen Feuchtigkeitsgehalt von 80—90 % besitzen. Falls derselbe nach längerem Stehen durch Verdunstung verschwunden sein sollte, soll der Torf unmittelbar vor der Benützung mit 5 % Carbolwasser besprengt werden. Es sind Torfpolsterverbände für Wunden von Resectionen, Amputationen, grossen Geschwulstexstirpationen ausgestellt, welche ununterbrochen 2—6 Wochen lang gelegen haben. Die Heilung findet unter einem einzigen solchen Verbande gewöhnlich statt bis auf die Drainausgänge. Ein originelles Analogon zu dieser billigen und bequemen Art von Wundbehandlung Dr. *Neuber*'s bildet diejenige mit Sägespänen, wofür jedoch nur ein Beispiel eines Verbandes bei einem Fall von Pseudarthrosenoperation des Humerus mit Resection und Vernagelung der Knochenenden vorliegt. Der Sägespanverband wurde erst nach 46 Tagen entfernt und nach Wegnahme desselben vollkommene Heilung constatirt. Es sind dies sehr interessante Beiträge über den Werth auch nicht streng antiseptisch wirkender Pulver für die Wundbehandlung.

Von unmittelbarerem Interesse für die publike Hygiene sind die Pläne und Modelle über *Isolirhäuser für contagiöse Krankheiten*, über deren Nothwendigkeit je nach den einzelnen Ansteckungsaffectionen auch in Deutschland so gut wie anderswo noch verschiedene und widersprechende Ansichten herrschen. In dem grossen Barakenlazareth in Berlin z. B. (im Stadttheil Moabit) findet sich bezüglich Absonderung infectiöser Patienten der sonderbare Brauch, dass Kinder mit Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten in einer Barake mitten unter kranke und reconvalescente Erwachsene gesteckt werden, welche nach Aussage des dirigirenden Arztes zwar sehr selten und dann meist in milderen Graden, aber allerdings doch inficirt werden. Wenn irgendwo, so dürften bei einem grossen Complexe einzelner Baraken doch auch solche für die gefährlichsten ansteckenden Kinderkrankheiten einzurichten sein.

Im Freien ist ein vollständig ausgerüstetes Isolirhüttchen für 2 Kranke aufgestellt, wie sie als billiger Fachwerkbau in mehreren Exemplaren im Hofe der Berliner Charité namentlich für septische Kranke im Gebrauche stehen.

In dieser Gruppe finden sich ferner die Unterrichtsmittel für die in Deutschland gewiss nicht ganz ohne Grund von ärztlichen Vereinen angefochtenen *Samariter*-

---

[1]) Von der Fabrik *Wolff* in Bremen werden antiseptische Moostorfpräparate (3—10 % carbolisirtes und jodoformirtes Moostorfmull) geliefert. Dieselben sind aus sorgfältig gereinigtem und gesiebtem, sog. weissem Moostorf hergestellt. Der schwarze erdige Torf ist nicht verwendbar, unter der Loupe müssen die einzelnen Mooszellen noch deutlich erkennbar sein. Der 3 %-Carboltorf wird auch als vorzügliches Mittel gegen Fussschweiss empfohlen, den er sehr gut aufsauge und dessen Geruch er vollständig verhindere.

Die Preise für die Torfpräparate stellen sich:

Carbolisirtes Moostorf-Mull	3 %	p. Kilo	— Fr.	65 Cts.
„ „	6 „	„ „	1 „	—
Jodoformirtes „	3 „	„ „	1 „	60 „
„ „	10 „	„ „	5 „	—

schulen und die Ausrüstungsgegenstände für geprüfte Samariter. Das von Professor *Esmarch* eingeführte, allerdings sehr gut gemeinte und nach manchen Richtungen nützliche Samariterwesen hat leider die grosse Schattenseite, der ohnedies im deutschen Reiche mit seiner Gewerbefreiheit in der Medicin immer üppiger emporgekeimten Curpfuscherei Vorschub zu leisten.

In mehreren Stadtbahnbogen finden sich die geschmackvoll arrangirten und werthvollen Sammlungen für die staatliche und freiwillige Kranken- und Verwundetenpflege in Friedenszeiten und im Kriege, für Marine und Landarmee. Die kaiserliche Admiralität hat einen eleganten Schiffsspital mit Schaukelbetten und mit zugehöriger Schiffsapotheke eingerichtet. Einige deutsche Kriegsministerien brachten vollständig equipirte Lazarethzüge mit Kranken-, Arzt-, Küchen- und Apothekerwagen zur Anschauung. Dieselben haben sich bekanntlich im deutsch-französischen Kriege ebenso wichtig als practisch erwiesen. Das preussische Kriegsministerium, der deutsche Ritterorden in Oesterreich, die österreichische und niederländische Gesellschaft vom rothen Kreuz, die Centralcomités der deutschen Vereine und der patriotischen Frauenverbände unter dem Zeichen des Genfer Kreuzes, welche letztere in Deutschland namentlich während der grossen Kriege seit den 60er Jahren Hervorragendes leisteten, haben ein durch seine Vollständigkeit und zum Theil auch durch seine Eleganz hervorstechendes Material für Sanitätszwecke im Felde, auf der Ebene und im Gebirge, zusammengestellt. Bis in's kleinste Detail sind z. B. alle Bedürfnisse eines preussischen Feldlazarethes berücksichtigt von der einfachen Verbandtasche bis zum vollgestopften Fourgon. Originell sehen die verschiedenerlei Transportmittel für Blessirte und Erkrankte im Gebirgskriege aus, wie sie die österreichische Armee gebraucht. Es figuriren besonders auch die Gebirgskraxen in mancherlei Varietäten. Im Freien stehen Kranken- und Operationszelte. Das Augustahospital in Berlin zeigt das Modell eines Krankenzeltes aus wasserdicht imprägnirter Leinwand für 10 Betten; die Ventilation wird durch Dachjalousien bewerkstelligt. Auch eine transportable Hospitalbarake der *Döcker*'schen Zeltbauerei für 12 Kranke nebst Pflegerinnen, Küche und Closet befindet sich sub cœlo. Aus derselben Firma stammen Zelte aus Filz, die als gesundeste und angenehmste Sommerwohnung empfohlen und für diesen Zweck bereits in Dänemark eingeführt sind. Man verwendet sie hier auch zur Unterbringung infectiös Erkrankter und verbrennt sie nachher nicht, wie dies in Amerika mit den Epidemienzelten geschieht, sondern sie werden gehörig desinficirt. Für Regen und Wind sollen die Filzzelte vollständig undurchgängig und Temperaturveränderungen im Innern wenig bemerkbar sein, während die gewöhnlichen Leinwandlagerzelte Wärme und Kälte leicht durchlassen und nicht sehr dauerhaft sind.

Die seit dem Ringtheaterbrand ins Leben gerufene freiwillige Rettungsgesellschaft in Wien hat durch Eleganz und practische Einrichtung sich auszeichnende Materialien für Krankentransport eingesandt. Es findet sich darunter auch ein geschlossener Wagen für ansteckende Kranke, welcher ganz mit Zinkblech gefüttert ist; die Tragbahren bestehen aus dem nämlichen Stoffe.

Die Gruppe Beleuchtung weist u. A. auch zahlreiche Apparate zur Erzeugung und Vertheilung des electrischen Lichtes auf, dessen hygienische Bedeutung und Zukunft immer mehr anerkannt wird. Professor *Cohn* meint, dass in grösseren Orten die Einführung des electrischen Lichtes für Schulen nur eine Frage der Zeit sei, zumal da diese Lichtart auch die Fähigkeit des Auges zur Farbenunterscheidung vermehre. Der Lichthunger, der im Publicum durch die electrische Beleuchtung erregt worden sei, lasse sich nicht mehr zurückdämmen und das sei gut, denn durch diese bessere Beleuchtungsmethode werde der Verbreitung der Kurzsichtigkeit vorgebeugt.

Eine überaus reich besetzte Gruppe ist diejenige über Heizung und Lüftung. Zahlreiche Pläne und Modelle für Centralheizanlagen verschiedenster Systeme finden sich überdies bei den Collectivausstellungen. Von dem einfachen Heizkörper aus dem immer häufiger verwendeten Wellblech, dem vernikelten Mantelofen für Zimmerheizung bis zu Modellen von Wohnhäusern mit vollständigen Heizungs- und Ventilationseinrichtungen ist bis in's Detail Alles vorhanden, was auf die beiden gesundheitlich so wichtigen Capitel Bezug hat. Auch findet der Besuchende Gelegenheit, ingeniöse Ventilationswerke in grossem Style im Betriebe zu sehen, so z. B. in dem grossen Musterrestaurant der Ausstellung. Die Ventilation für den reich geschmückten Restaurationssaal geschieht auf die



Weise, dass durch einen Gasmotor Luft in eine Kammer unterhalb des Locales pulsirt wird; nachdem sie hier durch Eis gekühlt, durch Regenbrausen gewaschen, mittelst eines Filters gereinigt und durch Wasserzerstäubung befeuchtet worden ist, tritt sie aus zahlreichen Oeffnungen in den Wirthschaftsraum ein. Die im oberen Theile des Saales gesammelte wärmere und verdorbene Luft wird durch einen mittelst dynamo-electrischer Kraftübertragung im Betriebe erhaltenen Exhaustor abgezogen. Für Ventilation im Winter auf dem Wege einer derartigen geistreichen technischen Anlage würde die in das Local einzuführende Luft noch durch einen Calorifer vorgewärmt.

Die Gesundheitstechnik in Deutschland gibt gerade durch die grosse Sammlung hygienischer Erfindungen und Constructionen für Heizung und künstliche Lufterneuerung, durch die auch bei den Zimmeröfen immer mehr zu Tage tretende Absicht, dieselben mit Einrichtungen für Zuleitung gesunder und frischer Luft zu versehen, einen erfreulichen Beweis ihres stets fortschrittlicheren Strebens, die Binnenatmosphäre unserer so mannigfaltigen öffentlichen und privaten Wohnräume möglichst rein und gleichmässig warm zu erhalten.

Es ist nur zu bedauern, dass für Ventilation in dem Hauptgebäude der Ausstellung wenigstens in der ersten Zeit fast gar nicht gesorgt wurde, so dass sowohl die Hitze als auch die schlechte Luft in demselben in den Nachmittagsstunden bei dem grossen Zudrange des Publicums beinahe unerträglich und sehr sanitätswidrig waren.

Von practischem Interesse sind die Vorkehrungen für zugfreie Lufterneuerung in den Eisenbahnwagen, da gerade diese Art von Transportmitteln bei dem geringen Luftraum für den Einzelnen und bei kümmerlichen Ventilationsmitteln, wie bekannt, häufig eine abscheuliche Stickluft besitzen. In Norddeutschland ist besonders die artificielle Lüftung für die Wagen der IV. Classe mit ihrer bunten Insassenschaft aus den niedersten Ständen eine dringende, sanitäre Forderung, erklärten ja doch Conducteure jener Classe, es herrsche oft eine so pestartige Atmosphäre, dass sie es selber aussen auf den Trittbrettern kaum auszuhalten vermöchten.

Die Gruppe für Bekleidung, Reinlichkeit, Bade- und Waschanstalten zeigt die grossen Fortschritte auf dem Gebiete der Hautpflege, wenn gleich manche Gegenstände in dieser Ausstellungsabtheilung eine zweifelhafte hygienische Physiognomie darbieten oder eigentlich mit der Gesundheitspflege wie z. B. die vielen Parfümerien und Geheimmittel für Verschönerung des Teint so viel wie nichts zu thun haben. Dieselben dienen mehr den Zwecken einer oft sehr werthlosen Kosmetik und üppigen Reclame. Ein beträchtlicher Theil dieser Gruppe fällt auf die Fussbekleidung, deren Hygiene durch rationelles Schuhwerk auch in Deutschland mit Zugrundelegung der *Meyer*'schen Grundsätze immer reger betrieben wird, namentlich für die Militärbevölkerung. Eine Menge von Gypsabgüssen normaler Füsse (besonders baarfüssiger Naturvölker), verkrüppelter Fuss- und Zehenformen civilisirter Menschen, richtig und falsch construirter Leisten, Abbildungen und zahlreiche Literatur geben Aufschluss über die zu einer ansehnlichen Specialität herangewachsene Fussbekleidungshygiene. Ein gutes Zeichen für die praktische Bedeutung, die man diesem Gegenstande beimisst, sind die Fachschulen für Schuhmacher, welche schon seit mehreren Jahren in deutschen Städten für die Interessen anatomisch richtig construirter Fussgarderobe abgehalten werden. Die Schuhmacher-Gehülfen sollen namentlich im Zeichnen und Abformen der Füsse Unterricht erhalten, damit sie an der Hand richtiger Leisten wirklich naturgemässe Schuhe machen können. Auch das Publicum, was ja mit besonderer Rücksicht auf die modesüchtige Damenwelt eine Hauptsache ist, will man für die Angelegenheit interessiren, durch eindringliche Demonstration von Abgüssen verschiedenartig verkrüppelter und kranker Füsse auf die Verkehrtheiten der heutigen Fusskleidung, namentlich auch der Kinderschuhe. aufmerksam machen und es allmälig von dem Joch antihygienischer Modethorheit emancipiren. Für letztere liegen gerade mit Bezug auf das Schuhwerk Beispiele im Hauptgebäude und an den Füssen der promenirenden Schönen und Offiziere im Ausstellungsparke zur Genüge vor. Es ist eigentlich eine Ironie auf eine Hygieneausstellung, dass gerade in den elegantesten Kästen und Schreinen die elendesten, theilweise an China erinnernden Marterwerkzeuge für den menschlichen Fuss paradiren. Zu dem Normalschuh gesellt sich auch der Normalstrumpf mit richtigerer Zehenform, der allen strickenden Hausfrauen ans Herz gelegt zu werden verdiente.

Dass auch die Manie des Universalwollenregimes, ausgegangen von dem bekannten Neuralanalytiker und Seelendüftler Professor *Jäger* von Stuttgart, ihre Repräsentation vom Tricot bis zur Normalwollenmançhette und zum Wollenbett in prunkendsten Glaskästen gefunden hat, ist bei dem Reiz, den jede krankhaft originelle Idee auf einen guten Theil des Volkes, selbst auf die sogenannten Gebildeten, ausübt, nicht zu verwundern. So hat auch das Bestreben, sich durch vollständige Einpuppung in Schafwolle „seuchenfest" zu machen, eine hübsche Anzahl Anhänger gefunden. Die Menge der „Wollenen" in Deutschland und Oesterreich schätzte *Jäger* selber im Jahre 1880 schon auf mindestens 20—30,000! Nach ihm „ist das Wollensystem so tyrannisch, dass es mit der Zeit Alles erzwingt", am Ende gehen selbst die Schafe dafür aus! Der Seelen- und Düftejäger ging sogar so weit in seinen extravaganten, von pathologischer Phantasie zeugenden Behauptungen, dass bei einem Wollenen das Impfen, „falls er keine Angst vor der Operation habe," erfolglos sei. Die erste Probe sei auch bestätigend ausgefallen, indem sein 14jähriger, schafwollener Sohn ohne Erfolg geimpft wurde! — Für die Frauenwelt von grosser Anziehungskraft ist eine schmucke Collection von Corsets hygienischer Construction und Mitteln zum Maskiren hoher Schultern und Hüften!

Wochenbericht.

Schweiz.

Schaffhausen. Freigebung der ärztlichen Praxis. Auch dieser Canton soll sich nun den wenigen Cantonen anreihen, in denen die ärztliche Praxis freigegeben ist. Also jeder Curpfuscher, jeder ungebildete, anmaassende Quacksalber soll dem wissenschaftlich gebildeten Arzte, der nach langen Studien sich über seine medicinische Befähigung auszuweisen hatte, gleichwerthig an die Seite gestellt werden. Es ist zwar noch kein Factum, allein so weit ist es doch gekommen, dass die Frage zu Extrasitzungen des Cantonsrathes Veranlassung gegeben hat.

Die Entwicklung des Sturmes für Freigebung war auch hier, wie anderwärts, durch Maassregelung eines Curpfuschers resp. durch Vollziehung der bestehenden Gesetze veranlasst worden. Ein gewisser Vögeli von Gächlingen, seines Zeichens Sectirer, Militär-Krankenwärter und Landwirth, machte seit einigen Jahren stark in Homöopathie und vertrieb seine Mittel in und ausserhalb des Cantons. Er wurde, wahrscheinlich weil er seine Praxis und Krankenbesuche zu öffentlich betrieb, von der Polizeidirection erstmals bestraft, später im Wiederholungsfalle wurde ihm als Strafverstärkung sein Arzneischatz confiscirt. Dadurch war der Anstoss zum Sturme gegeben. Unterschriften wurden gesammelt, zuerst unter der frommen Schaar, dann bei den Unzufriedenen, öffentliche Versammlungen wurden veranstaltet, bei welchen Schlagwörter wie Gesslerhut, Tyrannei, Zunftzwang u. dgl. ihre Wirkung zu thun hatten; Zeitungsartikel mit den bekannten anmaassenden Behauptungen und Phrasen wurden losgelassen und in die entfernteste Wohnung colportirt u. s. f. Kurz, die nöthige Unterschriftenzahl zum Initiativbegehren gegen das bestehende Medicinalgesetz und für die Freigebung der ärztlichen Praxis kam zusammen; 1318 an der Zahl wurden dem Regierungsrathe vorgelegt, so dass die Frage also legaliter zur Verhandlung kommen musste.

Die Regierung liess eine Botschaft über diese Frage an den Cantonsrath abgehen, welche unter eingehender Motivirung das Geschenk der Freigebung abzulehnen empfahl und dem Cantonsrathe den Vorschlag übermittelte, es möchte dem Volke die Frage vorgelegt werden: „Soll in das Medicinalgesetz die Freigebung der ärztlichen Praxis aufgenommen werden? Ja oder Nein?" unter Empfehlung des „Nein". — Der Cantonsrath trat in erster Sitzung nicht auf die Frage ein, sondern betraute eine Specialcommission mit dem einlässlichern Studium und mit Einbringung einer Vorlage. Diese Commission beantragte nun in letzter Extrasitzung, es sei über das ganze Initiativbegehren zur Tagesordnung zu schreiten, dagegen sei der Regierungsrath eingeladen, mit thunlichster Beförderung einen revidirten Entwurf des Medicinalgesetzes einzubringen. Mit $^3/_4$ Stimmen wurde dieser Antrag zum Beschluss erhoben und es hat nun der Regierungsrath bis zur nächsten Sitzung einen eventuell zwei Entwürfe (mit oder ohne Freigebung) vorzubereiten. — So weit bis jetzt. Unserer Ansicht nach wäre es besser gewesen, wenn die Frage nach dem regierungsräthlichen Antrag sofort dem Volke zur Abstimmung vorgelegt



worden wäre. Doch hegen wir so viel Vertrauen zum Schaffhauser Volk, dass es auch bei späterer Abstimmung nicht einen Zustand herbeiführen wird, der in jenen Cantonen, wo die Freigebung existirt, gerne wieder zurückgenommen würde.

Schaffhausen steht schon seit Jahren in Bezug auf Censur der Recrutenprüfungen, in Bezug auf allgemeine Volksbildung in den vordersten Reihen der Cantone; ein Beschluss für Freigebung der ärztlichen Praxis, eine Gleichstellung der Unwissenheit und Halbwissenheit mit höherer wissenschaftlicher Ausbildung würde diese Ehre vollständig verdunkeln. *R.*

Zürich. Das 50jährige Universitätsjubiläum in Zürich den 2.—3. August 1883. Die Feier begann den 2. August Morgens 10 Uhr mit einem Festacte im Grossmünster. Nach dem Vortrage der geistreichen, von Gottfr. Keller gedichteten Festcantate schilderte der Rector, Prof. *Steiner*, die Entwicklung des zürcherischen Unterrichtswesens und speciell die Vorgeschichte der Universität und ihre Gründung. Er schloss hieran den Nachweis, wie die Hochschule ihre hohe, schöne Aufgabe bis heute erfülle als Stätte der Wissenschaft in allen Sphären der letztern, als Schöpfung unseres Volkes aber auch ihren nachhaltigen Einfluss auf dieses nie verfehlend. Der sehr gelungenen Festrede folgten die Ehrenpromotionen der einzelnen Facultäten. Zu Ehrendoctoren der medicinischen Facultät wurden promovirt: Herr Stadtingenieur *Bürkli-Ziegler* in Zürich wegen seiner eingehenden Studien über die Wasserverhältnisse der Stadt Zürich und ihrer Umgebung, sowie seiner hervorragenden Verdienste um die Verbesserung der sanitären Institutionen Zürichs und seiner Aussengemeinden; Prof. *Mathiesen* (Rostock), Prof. *Pasteur* (Paris), Prof. *Wislicenus* (Würzburg).

Am Nachmittage folgte der Begrüssungsact auf dem Rathhause. Der Rector brachte in kurzer Ansprache seine Grüsse den anwesenden Behörden und Vertretern der Hochschulen. Namens der Regierung von Zürich sprach Regierungsrath *Grob*, Herr Dr. *Römer* Namens der Stadt, Rector *Stähelin* (Basel) war der Sprecher der schweiz. Universitäten und Academien und des Polytechnicums. In besonders ergreifender und zündender Weise begrüsste Prof. *Sauppe* (Göttingen) die Jubilarin. Redner hatte ihr schon bei der Einweihung als Privatdocent angehört und hiedurch bekam seine Begrüssung Namens sämmtlicher vertretener deutscher Universitäten nebst der Universität Leyden eine besondere Weihe. — Zum Schlusse übergab Oberrichter *Escher* ein Geschenk von Fr. 50,000, das Ergebniss einer Privatsammlung, zur Erhaltung und Gewinnung tüchtiger Lehrkräfte, ebenso Prof. *Kesselring* als Beauftragter von Schweizern, die nicht dem Canton Zürich angehören, Fr. 8000 als Anfang einer Stipendienstiftung für die Studirenden.

Um $4^1/_2$ Uhr fand in dem vollständig angefüllten grossen Tonhallesaal das Festmahl statt. Während desselben toastirten Rector *Steiner*, Regierungsrath *Stössel*, Prof. *A Hug*, Bundesrath *Deucher*, Prof. *Büdinger* (Wien), Prof. *Alex. Schweizer* (Senior der zürcher Docenten), Prof. *Heinze* (Heidelberg), Prof. *Moleschott* (Rom), Prof. *G. von Wyss*, Prof. *Wislicenus* (Würzburg), Prof. *Al. von Orelli*, Schulpräsident *Hirzel*, Kirchenrath *Wissmann* (Meilen) und Prof. *Holsten* (Heidelberg).

Der zweite Festtag wurde durch ein Concert des Studentengesangvereines eröffnet, über dessen ausgezeichnetes Gelingen die dankbare Stimmung des Publicums hinlänglich Zeugniss ablegte.

Wohl die gelungenste Partie des Festes war die Fahrt nach der Insel Ufenau. Der Salondampfer „Helvetia“ führte die Ehrengäste, Behörden und Docenten mit ihren Damen, zwei andere Schiffe die Studenten und gewesenen Schüler der Hochschule. Das herrliche Wetter, der liebliche See, die im schönsten Schmucke stehenden Rebgestade und die zahlreichen Dörfer mit ihren Beifall zollenden Einwohnern, nicht zum mindesten endlich die freundliche Ufenau mit ihren zahlreichen Erinnerungen, Alles half mit, diese Festfahrt jedem Theilnehmer unvergesslich zu machen.

Am Abend brachte die Studentenschaft einen grossartigen Fackelzug zu Ehren der Regierung und um 10 Uhr begann der Commers in der Festhalle. Hier folgten Toast auf Toast und gemüthliche Stunden des persönlichen Gedankenaustausches. Nicht leicht war es diesmal, in mitternächtiger Stunde die „Ritter von der Gemüthlichkeit“ zu zählen, ja sogar das Dämmerlicht des Frühmorgens musste zu kräftiger Entwicklung kommen, bis auch die Resistentern dem Festleben Lebewohl sagten.

Das Fest ist verrauscht, zu kurz erscheint heute die Feier, aber nicht minder be-



deutungsvoll. Die Alma mater konnte mit voller Befriedigung auf ihre Leistungen in den 50 Jahren ihres Bestehens zurückblicken: auf die zahlreichen, an ihr grossgezogenen und jetzt überall im Auslande wie in der engeren Heimath wissenschaftlich thätigen Lehrer; sodann auf ihre in den verschiedensten Stellungen im Volke und für das Volk wirkenden Söhne. Zahlreiche Kundgebungen schönster Art zeigten zudem, wie tief die Zürcher Hochschule in die Seele des Volkes eingewachsen ist und wie sehr der Wunsch das letztere beseelt, seine Hochschule in aller Zukunft erhalten zu wissen.

Kaufmann.

Ausland.

Deutschland. Jodoform in Pflasterform wird vorgeschlagen von Dr. *Pape* und Apotheker *B. Fischer* in Deutz und zwar als

1) Emplastrum Jodoformii fortius (1 Theil Jodoform und je 2 Theile Empl. adhæsiv. und Empl. Plump. spl.) und

2) Emplastrum Jodoformii mitius (1 Theil Jodoform und je 6 Theile der soeben erwähnten Pflaster).

Angewandt wurde das erstere in mehreren Fällen von Drüsentumoren, sowie in je einem Falle von Bursitis præpatellaris, von chronischer Epididymitis und exsudativer Pleuritis. Stets zeigte sich nach verhältnissmässig kurzer Zeit — nach durchschnittlich zehn Tagen — eine beträchtliche Verkleinerung des Tumors, respective Resorption des Ergusses. Das Pflaster wurde auf Leder gestrichen und fünf bis sechs Tage liegen gelassen. Das Emplastrum mitius wurde mit Erfolg bei kleineren Verletzungen und Geschwüren, aufgebrochenen Frostbeulen etc. in Gebrauch gezogen. (W. med. Bl.)

Frankreich. Unter dem Titel **Statistique détaillée des Sources minérales exploitées ou autorisées en France et en Algérie** (Dunod, Libraire, Paris, Preis 2 Fr.) gibt soeben das französische Ministerium der öffentlichen Arbeiten eine Schrift heraus, die uns vom Departement des Innern ist zugestellt worden und die wir gerne zur Verfügung von Collegen halten, die sich dafür interessiren sollten.

Seit dem Jahre 1844 ist eine ähnliche Arbeit für Frankreich nicht unternommen worden, damals waren im Lande 864 Mineralquellen autorisirt, heute sind es 1027. Ihrer Natur nach zerfallen dieselben in: Schwefelquellen 83 kalte, 236 heisse; alcalische Quellen 132 kalte, 222 heisse; Eisenquellen 106 kalte, 29 heisse; Kochsalzwasser 65 kalte, 154 heisse. Summa 386 kalte, 641 heisse; Total 1027.

Im Jahr 1844 wurde die Zahl der Badegäste auf 131,000, 1881 auf 226,557 angegeben. — Die Frequenz der bekannteren Bäder ergab 1881 folgende Zahlen:

Bagnères de Bigorres	16,697	Badegäste	Bagnères de Luchon	3,370	Badegäste
Cauterets	15,371	„	Contrexéville	2,376	„
Vichy	9,692	„	Eaux-Bonnes	2,063	„
Aix-les-Bains	6,500	„	Plombières	1,983	„
La Bourboule	5,000	„	Luxeuil	1,580	„
Evian	4,325	„	Uriage	1,500	„
Mont-Dore	4,049	„	Allevard	1,461	„
Barège	3,654	„	Challes	600	„
Vals	3,525	„			

Die Arbeit gibt sodann exacte Details über jede einzelne der Quellen, wobei speciell die geologische Bodenbeschaffenheit sowie die physicalischen und chemischen Eigenschaften der betr. Wasser genau beschrieben werden.

Es beschleicht uns beim Durchblättern dieser Schrift der Wunsch, es möchte in nicht zu ferner Zeit sich auch die Feder finden, die die reichhaltigen Mineralquellen der Schweiz in gleicher Weise statistisch zusammenstellte.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Kaufmann* auf Monte Generoso: Dr. *Baader* schwimmt dermalen auf hoher See zwischen Hammerfest und Tromsö. Ob er dort Eisbären und Wallrosse erlegt, müssen wir erst abwarten. Freundl. Gruss. — Herrn Dr. *H.* in W.: Sie haben ganz Recht. Die Ueberschrift der cantonalen Correspondenz betr. das Jubiläum der ärztlichen Gesellschaft Werthbühlia sollte natürlich „Thurgau“ und nicht St. Gallen lauten. Wie dieser „Lapsus“ entstand, ist uns selbst ein Räthsel.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 18. XIII. Jahrg. 1883. 15. September.

Original-Arbeiten.

Ueber einen Fall multipler Neuritis.

Von Dr. **Dubois** in Bern.

Am 2. Februar 1883 wurde mir ein junger Mann zur Untersuchung zugeschickt, welcher eigenthümliche Lähmungserscheinungen im Gebiete verschiedener Nerven der rechten Oberextremität darbot.

Der 27 Jahre alte, vorher gesunde Mann erkrankte am 5. Januar 1883. Am Abend vorher legte er sich noch vollkommen gesund zu Bett und erwachte Morgens früh mit Formicationsgefühl im kleinen Finger der rechten Hand. Einige Stunden darauf verspürte Patient auch starke Schmerzen im kleinen Finger, auch zeigte sich bald leichte Schwellung oberhalb des Handgelenkes. Passive Bewegungen des Fingers waren sehr schmerzhaft und der herbeigerufene College glaubte zuerst eine Synovitis tendinum vor sich zu haben, worauf Bepinselungen mit Jodtinctur verordnet wurden. Als jedoch am dritten Tage der Erkrankung die Schmerzen noch zugenommen und sich auf den Ringfinger erstreckt hatten; als noch Anæsthesie und motorische Schwäche im Gebiete des Ulnaris auftrat und dieser Nerv am Ellenbogen auf Druck schmerzhaft wurde, diagnosticirte der behandelnde Arzt eine Neuritis des Nervus ulnaris. Trotz der eingeleiteten antiphlogistischen Behandlung (Ruhe, Eisumschläge) nahmen die Schmerzen immer zu. Der Patient klagte über heftige reissende Schmerzen, welche vom Ellenbogen bis in den kleinen Handballen und die zwei letzten Finger der Hand ausstrahlten. Die Schmerzen waren continuirlich, zeigten aber hauptsächlich nächtliche Exacerbationen, welche die Nachtruhe wesentlich störten.

Während einigen Tagen liess sich nun Patient von einem Quacksalber behandeln. Als er sich wieder dem behandelnden Arzte vorstellte, war der Zustand wesentlich schlimmer. Schmerz, Anæsthesie, Formicationsgefühl und motorische Parese im Ulnarisgebiet hatten ihren Höhepunct erreicht, die motorische Schwäche beschränkte sich nicht mehr auf die vom Ulnaris versorgten Muskeln; Flexoren der übrigen Finger, Strecker wurden auch befallen, auch zeigte sich im Gebiete des Medianus und Radialis leichte Abstumpfung der Sensibilität. Der Vorderarm war im Verlauf des Ulnaris und Medianus auf Druck schmerzhaft, auch strahlten die Schmerzen nach und nach gegen Oberarm, Schulter und Hals zu. Ende Januar, drei Wochen nach Beginn der Erkrankung, verspürte Patient sogar ausstrahlende Schmerzen im linken Arm, so dass der behandelnde Arzt an ein Fortkriechen der Neuritis dachte und das Auftreten einer Rückenmarkaffection befürchtete.



Ich sah den Patienten am 2. Februar, also vier Wochen nach Beginn der Erkrankung. Die aufgenommene Anamnese ergab nichts weiteres als oben erwähnt ist. Aetiologisch war nichts zu ermitteln. Pat. ist Commis in einem Handelshaus, schreibt viel, jedoch nicht übermässig; zeitweise betheiligt er sich an Verpackung und Transport schwerer Kisten, hatte aber in den Tagen vor der Erkrankung keine derartige Beschäftigung gehabt. Ein Trauma war nicht nachweisbar, auch Schlaflähmung war nicht wohl mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, da Patient versicherte, nicht auf der rechten Seite geschlafen zu haben. Pat. hat weder Syphilis noch andere venerische Krankheiten durchgemacht. Er gibt auch an, nie krank gewesen zu sein, ausser etwa 1 Jahr vorher, wo er an einer, mit Schmerz und Röthung verbundenen Anschwellung einer grossen Zehe litt. Diese gichtartige (?) Erkrankung dauerte drei bis vier Wochen und wich einer Behandlung mit Eisumschlägen und Jodanstrich. Sonst war Patient stets gesund, wenn auch nicht kräftig. — Wegen Erkrankung seiner Frau musste Patient in der Nacht häufig aufstehen, auf improvisirtem Bett in einem ungeheizten Zimmer schlafen. Dadurch hatte seine Gesundheit gelitten, er fühlte sich schwach, müde und hatte wenig Appetit; Fieber will er jedoch nicht gehabt haben. Er ist geneigt, Ermüdung nebst Erkältung als Ursache anzunehmen.

Der am 2. Februar aufgenommene Status ergab nun Folgendes:

Mann von zartem Körperbau, wenig musculös, etwas abgemagert. Die Untersuchung der innern Organe ergibt nichts Abnormes, erkrankt ist nur die rechte obere Extremität. Die rechte Hand ist besonders am Handrücken mässig geschwollen, nicht geröthet; auch an der Vorderseite des Vorderarmes ist leichte Schwellung bemerkbar, hauptsächlich oberhalb des Handgelenks. Haut leicht schwitzend, zeigt sonst keine Veränderung, ausser durch die Schwellung bedingte Spannung und Glätte.

Pat. hält seine Hand im Handgelenk leicht flectirt, die Finger ebenfalls in leichter Flexion, den Daumen in Mittelstellung zwischen Abduction und Adduction. Er kann die Hand nur mit Mühe schliessen, jedoch bringt er die Fingerspitzen nicht bis zur Berührung der Vola manus und kann einen dargebotenen Gegenstand nicht fassen. Die Hand kann er nur mit Mühe und kaum bis zur Horizontale strecken, Pronation und Supination schwach, Spreizung der Finger minim. Patient klagt über heftige, mit Formicationsgefühl verbundene, reissende Schmerzen im Verlauf der Ulnaris am Vorderarm, sowie im kleinen Handballen und den zwei letzten Fingern. An letzteren und über die Haut des Hypothénars ist auch die Sensibilität hochgradig herabgesetzt. Starke Nadelstiche werden nur als Berührung, nicht als Schmerz empfunden, schwache werden nicht bemerkt. Im Medianus und Radialisgebiet ist nur ganz leichte Herabsetzung der Sensibilität ohne Paræsthesien. Die Palpation ergibt: auffallende Schmerzhaftigkeit auf Druck im ganzen Verlauf des Ulnaris vom Handgelenk bis oberhalb des Ellenbogens. Hinter dem Condylus int. humeri ist der Nervus ulnaris entschieden als verdickt anzufühlen.

Auch der Nervus medianus ist vom Handgelenk bis zum Ellenbogen auf Druck schmerzhaft, sowie der Radialis an der Umschlagstelle am Oberarm. Endlich ist auch der Plexus brachialis oberhalb der Clavicula auf Druck leicht empfindlich. Schmerzhaftigkeit im anderen Arm hatte nur einen Tag angedauert.

Bei der Besichtigung der verschiedenen Muskelgruppen zeigt sich Folgendes: An der Handmuskulatur in dem vom Ulnaris versorgten Hypothénar ist geringe Atrophie nachweisbar, jedoch nur im Adductor pollicis brevis auffallend. Bei der noch vorhandenen leichten Schwellung ist übrigens die Atrophie des Hypothénars weniger bemerkbar. Am ebenfalls etwas geschwollenen Vorderarm ist keine nachweisliche Atrophie ausser im Supinator longus, der etwas dünner erscheint als links. Dagegen ist deutliche Atrophie mit entsprechender motorischer Schwäche im Biceps und Brachialis internus nachweisbar, sowie noch in ganz geringem Grade im Pectoralis major und Deltoideus. Am Biceps ist die motorische Schwäche der nachweislichen Atrophie ziemlich entsprechend, während an der Hand die Parese zu überwiegen scheint.

Die electrische Prüfung ergibt:

1) Im Gebiete des Ulnaris.

Vom Nerven aus (hinter dem Condylus humeri) einfache Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit.

Bei directer Muskelreizung an Flexor carpi Ulnaris und Ulnarhälfte der



Flexor. digitor. commun. prof. ebenfalls einfache Herabsetzung der Erregbarkeit für beide Stromsarten. An den Muskeln des Hypothénars dagegen: erloschene faradische Erregbarkeit und Herabsetzung der galvanischen, aber mit qualitativer Veränderung im Sinne der Entartungsreaction. Ganz ausgesprochen ist dies aber nur im Abductor digiti minimi.

Während links die erste KaS dieses Muskels schon bei 1,0 Milliampére Stromstärke auftritt, zeigt sich rechts die erste KaS erst bei 7,0 Milliampéres, also bei siebenfacher Stromstärke. — Bei dieser Stromstärke contrahirten sich die nicht armirten Muskeln des Thénar sehr lebhaft, so dass die electrische Prüfung des atrophischen Adductor pollicis brevis, sowie der Interossei zu keinem sicheren Resultate führte. Einzig und allein im Abductor digiti minimi war es mir möglich, neben Erloschensein der faradischen Erregbarkeit, die erhaltene, jedoch hochgradig herabgesetzte galvanische Erregbarkeit mit aller Sicherheit nachzuweisen. Die Reaction dieses Muskels zeigte ausserdem zwei der Entartungsreaction gehörende Eigenthümlichkeiten, nämlich die auffallende Trägheit der Zuckung und das entschiedene Vorwiegen der AnS, welche bei der gleichen Stromstärke von 7 M. auftrat, aber kräftiger war. Auch AnO trat ziemlich leicht ein. Im Gebiete des Medianus und Radialis, sowie in den andern atrophischen Muskeln war nirgends Entartungsreaction nachzuweisen, überall nur einfache Herabsetzung der Erregbarkeit, ohne Aenderung der Zuckungsformel.

Der Verlauf war ein günstiger. Die anfangs hochgradigen, den Schlaf störenden Schmerzen nahmen unter galvanischer Behandlung (stabile Anwendung der Anode) und Tragen einer Mitella ziemlich rasch ab. — Die Motilität besserte sich zuerst in den weniger intensiv erkrankten, vom Medianus und Radialis innervirten Muskeln. Bald konnte die Hand wieder kräftiger geschlossen werden, die Streckung im Handgelenk bis über die Horizontale wurde wieder möglich. Länger bestand die motorische und sensible Parese im Ulnarisgebiet, jedoch zeigte sich da auch rasche Besserung, so dass Patient nach 4wöchentlicher Behandlung sehr gebessert entlassen werden konnte.

Laut eingegangenem Bericht von Seite des behandelnden Arztes ist am 5. Juni, also 5 Monate nach Beginn der Erkrankung, der Status folgender: Motilität vollständig zurückgekommen, Druckkraft indessen noch vermindert. Sensibilität noch unter der Norm. Nadelstiche werden am äusseren Handrande und am kleinen Finger nicht als schmerzhaft erkannt. Der 4. Finger besitzt normale Empfindlichkeit. Schmerzen persistiren noch längs dem kleinen Finger und zwischen 4. und 5. Finger. Arm frei von Schmerzen, Biceps nicht mehr atrophisch. Patient kann wieder seiner Beschäftigung als Schreiber obliegen.

Wie sind nun die beschriebenen Erscheinungen zu deuten?

Unzweifelhaft ist zunächst die Neuritis ulnaris. Wir finden im Gebiete dieses Nerven alle Symptome der Neuritis acuta: continuirlicher, häufig Remissionen und meist nächtliche Exacerbationen zeigender Schmerz, Empfindlichkeit auf Druck, nachweisbare Schwellung des Nervenstammes oberhalb des Ellenbogens, motorische und sensible Parese, Taubheitsgefühl und Formicationen, Atrophie einzelner Muskeln, Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit, in einem Muskel Entartungsreaction.

Solche Symptome lassen sich wohl nur durch eine acute Neuritis des Nervus ulnaris erklären.

Schwieriger ist die Deutung der in andern Nervenbahnen notirten Erscheinungen: Im Medianus und Radialisgebiet haben wir Schmerzhaftigkeit auf Druck, jedoch keine nachweisbare Schwellung der Nerven, motorische Schwäche, äusserst leichte Abnahme der tactilen Sensibilität, jedoch ohne ausstrahlenden Schmerz, ohne Formicationen, einfache Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit ohne qualitative Veränderung. — Im Biceps, Pectoralis, Deltoideus nur

leichte Atrophie und Abnahme der electrischen Erregbarkeit. Immerhin lassen sich doch diese Erscheinungen wohl am besten durch Annahme einer leichteren Neuritis der entsprechenden Nerven erklären. Die Bezeichnung: multiple Neuritis wird wohl nicht zu gewagt erscheinen.

Bekanntlich wurde nur von *Leyden* [1]) unter dem Namen der multiplen Neuritis eine Krankheit beschrieben, welche folgende Symptome darbietet:

„Begleitet von mehr oder minder deutlichen neuritischen Symptomen, entwickelt sich in acuter oder subacuter Weise eine motorische Lähmung, fast immer bilateral-symmetrisch, bald die obern, bald die untern Extremitäten zuerst ergreifend. Derselben gehen nicht selten Schmerzen in den untern, weniger oft in den obern Gliedmassen voraus und dauern verschieden lange Zeit nach Ausbildung der motorischen Lähmung an. Diese Schmerzen sind reissender, schiessender Natur, in Paroxysmen exacerbirend, meist centrifugal ausstrahlend; daneben kommen auch regelmässig Parästhesien (Ameisenkriechen, Gefühl von Eingeschlafen-, Abgestorbensein, Kältegefühl) vor. Späterhin entwickelt sich auch häufig, aber nicht regelmässig Anästhesie, vorwiegend in den peripheren Theilen.

Die Nervenstämme sind zuweilen auf Druck empfindlich, doch nur in der Nähe der Gelenke (der Prædilectionsstelle); die Muskeln sind in der Regel sehr druckempfindlich, die darüber liegende Haut oft hyperæsthetisch. Neben den entzündeten Nervenstämmen findet sich manchmal Oedem.

Im weiteren Verlaufe tritt eine rapide Atrophie der gelähmten Muskeln mit Entartungsreaction ein. Die Sehnenphänomene sind erloschen, die Hautreflexe mehr oder minder herabgesetzt. Einige Male wurde Rigidität der Muskeln und Ausbildung von Contracturen im spätern Verlaufe beobachtet. Ferner kommt es dann auch zu trophischen Störungen: Verdickung, abnorme Pigmentirung der Haut, Zunahme des Haarwuchses, Verdickung, Brüchigkeit der Nägel, Glanzhaut.

Fieber ist nicht regelmässig, kann aber, namentlich in der acuten Form, mit grosser Heftigkeit auftreten. Schlaf und Appetit leiden, die Stimmung ist niedergedrückt; Albuminurie, Icterus, profuse Schweisssecretion kommt bei den acuten Fällen vor.

Die Krankheit hat in ihrer ersten Periode die Tendenz fortzuschreiten und bedroht durch Betheiligung der Athemmuskeln das Leben; sie kann aber auch früher zum Stillstande kommen und die Heilung kann auch nach längerer Zeit noch eintreten und dann entweder eine vollständige oder mit gewissen Defecten verbunden sein (zurückbleibende Lähmungen, Contracturen)."

Pierson beschreibt nun in dem citirten klinischen Vortrage einen neuen Fall dieser Krankheit, bezeichnet sie als Polyneuritis acuta, betont ihre Aehnlichkeit mit der in Indien und Japan endemischen Beri-berikrankheit, resp. Kak-ke und ist, wie *Leyden*, geneigt, diese Krankheit als eine miasmatische Infectionskrankheit anzusehen.

---

[1]) Citirt nach *Pierson*. Ueber Polyneuritis acuta. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 229.



Entspricht unser Fall diesem soeben beschriebenen Krankheitsbild? In gewissen Beziehungen wohl. Die Krankheit hat in unserem Falle auch ohne nachweisbaren Grund angefangen, allerdings ohne Fieber, jedoch bei leichter Störung des Allgemeinbefindens. Die Symptome waren ebenfalls unzweifelhaft neuritische, jedoch in viel beschränkterer Ausdehnung. — Sie befielen nur die obere rechte Extremität, schienen nur während der Dauer eines Tages auf die andere Extremität übergreifen zu wollen.

Allem nach könnte man wohl unseren Fall als eine zwar acute, aber rudimentäre, abortive Form der (infectiösen) Polyneuritis acuta ansehen.

Ebenso berechtigt scheint mir aber die Annahme einer primären Neuritis des Ulnaris mit Fortkriechen der Entzündung bis auf den Plexus und die übrigen denselben bildenden Nerven, einer Neuritis ascendens et descendens.

Die Neigung neuritischer Processe, sich nach unten sowohl wie nach oben weiter zu verbreiten, ist schon früher und von verschiedener Seite betont worden. *Erb* [1]) sagt darüber im Capitel über Neuritis: Noch ist zu erwähnen, dass von dem ursprünglichen Herde aus nicht selten eine Weiterverbreitung des Processes im Nerven nach unten sowohl, wie nach oben stattfindet (Neuritis descendens und ascendens). Die wichtigere Verbreitung in centripedaler Richtung geschieht entweder in continuo und ganz gleichmässig, oder es ist ein sprungweises, absatzweises Fortschreiten zu bemerken: an einzelnen durch normale Zwischenräume von einander getrennten Stellen sieht man circumscripte Hyperæmie, Schwellung, Bindegewebswucherung u. s. w. auftreten (*Frorieb*, *Rokitansky*, *Riesler* u. A.), und es kann in dieser eigenthümlichen Weise auch eine schliessliche Mitbetheiligung des Rückenmarks eintreten (*Riesler*, *Feitzberg*).

Leyden [2]) hat versucht, mehrere Fälle sogenannter Reflexlähmung durch eine Neuritis migrans zu erklären. Diese Anschauung war schon eine alte und *Leyden* erwähnt, dass *Troja* schon 1780 sagte: eine starke Nierenentzündung kann den Reiz zu den Nerven der Niere und durch diese zum Rückenmark fortpflanzen; daher sind bisweilen Lähmungen der untern Extremitäten mit Verlust der Empfindung und Bewegung entstanden, welche durch den Tod endigten. *Gull*, *Remak*, *Kussmaul*, *Leyden* beschreiben solche Fälle, wo meist vom Urogenitalapparat ausgehend, neuritische Processe sich weiter nach oben verbreiteten und zu hochgradigen Veränderungen im Rückenmark führten.

Riesler [3]) suchte die Frage der Neuritis migrans experimentell zu lösen. Er brachte in verschiedener Weise an den Ischiadicus von Kaninchen und Hunden Entzündungsreize an. Bei einem derartigen Experiment ereignete es sich, dass das Kaninchen paraplegisch wurde und starb. Bei der Obduction fand sich ein eitriger neuritischer Herd an der gereizten Stelle und weiter oben getrennt durch eine Strecke normales Nervengewebe ein zweiter neuritischer Herd, wo die Wurzeln dieses Ischiadicus in das Rückenmark eintraten. Das Rückenmark selbst war auch entzündet.

---

[1]) Handbuch der Krankheiten des Nervensystems, S. 548.

[2]) Ueber Reflexlähmung. Sammlung klinischer Vorträge 1870, Nr. 2.

[3]) Ueber Neuritis. Königsberg, 1869. Citirt nach *Leyden*.



Nach *Leyden* hat auch *Benedikt* noch eine Form von traumatischen Reflexlähmungen beschrieben, welche nicht von Erkrankungen der Baucheingeweide, sondern von Nervenerkrankungen direct ausgehen und sich in entfernten motorischen Gebieten der Extremitäten entwickeln sollen. Der prägnanteste von ihm mitgetheilte Fall ist folgender: Ein 55jähriger Mann zog sich einen Bruch des rechten Oberschenkelhalses zu; die Fractur heilte mit Pseudarthrose, welche der Ausgangspunct fortwährender Schmerzen war. Während der Behandlung trat in der Oberextremität derselben Seite Lähmung ein mit Atrophie des Triceps, Lähmung und Contractur des Biceps, hochgradige Parese der Strecker des Carpalgelenkes und der Finger, der mm. interossei, endlich des Extensor und Abductor pollicis. *Benedict* fand, dass er von einzelnen Stellen in der Nähe des Bruches Reflexe in den gelähmten Theilen auslösen konnte und erklärte die Affection für eine traumatische Reflexlähmung.

Leyden sagt dazu: eine Analogie mit den Symptomen der Neuritis migrans ist unverkennbar; aber Thatsachen fehlen, welche mit Sicherheit erweisen, dass die Fortsetzung der Neuritis auch durch das Rückenmark erfolgen können. In Bezug hierauf will ich nur anführen, dass ich mehrere Beobachtungen gemacht habe, in denen die Symptome der Neuritis von einer untern Extremität auf die andere oder von einer Unterextremität nach Verlauf längerer Zeit auf die Oberextremität derselben Seite oder auch umgekehrt übergriff. Ueber den anatomischen Process aber, der solchen Verbreitungen zu Grunde liegt, haben wir noch keine sichern Kenntnisse.

Vor Kurzem hielt auch *Charcot* [1]) eine Vorlesung über einen Fall von traumatischer Ischias mit consecutiver Rückenmarksaffection. Ein 40 Jahre alter Mann erleidet durch Stoss eines Balkens eine directe Quetschung des Ischiadicus und des N. Glutæus inferior. Danach Ischias traumatica mit Points douloureux, motorische Schwäche und Atrophie; Erscheinungen, wie sie oft während der genuinen Ischias auftreten. Schon diese mit Atrophie verbundene Schwäche betrachtet *Charcot* als Zeichen einer Rückenmarksaffection an und zwar einer mehr oder minder hochgradigen, functionellen oder auch organischen Störung in den Vordersäulen des Rückenmarks. Beweisend für diese Betheiligung des Rückenmarks scheint ihm die constatirte Thatsache, dass oft während einer Ischias Muskel atrophiren, welche nicht vom betroffenen Nervenstamm innervirt werden. — Drei Monate nach dem Trauma, Retentio, späterhin Incontinentia urinæ et alvi, motorische Schwäche in den vom Ischiadicus und Glutæus inf. versorgten Muskeln, auch in den vom N. glut. sup. innervirten Glutæus medius et minimus. Analoge Erscheinungen im rechten Bein, Entartungsreaction in verschiedenen Muskeln der linken Extremität.

Ueber die Art und Weise, wie er sich die Fortleitung erklärt, ob durch Neuritis migrans oder anders, spricht sich *Charcot* nicht aus.

Endlich verweise ich auf den interessanten Vortrag des Herrn Prof. *Roth* in der Versammlung des Centralvereins in Basel (26. Mai). In dem von ihm mitge-

[1]) Progrès médical 1883, Nr. 9 und 10.



theilten Falle ist die multiple Neuritis anatomisch genau constatirt und die Hypothese einer Neuritis ascendens und descendens (ohne Betheiligung des Rückenmarks), ebenso plausibel als die Annahme einer primären Neuritis verschiedener Nerven.

So auch in unserem Falle. Ausgesprochene Neuritis befiel den Nervus ulnaris und erreichte in diesem Nerv die grösste Intensität. (Dahingestellt bleibt die Ursache dieser Neuritis, ob traumatisch während dem Schlaf entstanden oder rheumatisch.)

Später traten Lähmungserscheinungen, wahrscheinlich auch neuritischen Ursprungs in andern Armnerven auf. Es liegt wirklich nahe hier eine Neuritis migrans anzunehmen, welche den Plexus erreichte, vielleicht die vordern Nervenwurzeln (Fehlen hochgradiger Sensibilitätsstörungen in den secundär befallenen Nervenbahnen) und sich absteigend auf die betreffenden Nerven erstreckte (Schmerzhaftigkeit auf Druck).

Positive Schlüsse erlaubt unser Fall doch nicht. Fälle, wo nachweisliches Trauma voranging und durch Obduction die Neuritis migrans nachzuweisen wäre, würden am besten zur Lösung der Frage führen.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Präsident: Prof. *Pflüger*, Actuar: Dr. *Ost.*

8. Schlusssitzung vom 20. März bei Webern.

Anwesend 20 Mitglieder.

1) Das Protocoll wird verlesen und genehmigt.

2) Prof. *Nencki* spricht über die neuesten Fortschritte in der Chemie der Alcaloide.

Er bespricht zunächst die mit Erfolg angewendete *Hoffmann*'sche Reaction. Sie besteht darin, dass die Alcaloide zunächst in Tetraammoniumbasen übergeführt werden. Aus diesen können dann durch Erhitzen die näheren Bestandtheile des Alcaloidmolecüls abgespalten werden. So wurde aus dem Coniin das Conylen, aus dem Piperidin das Piperylen als die Grundkohlenwasserstoffe der respectiven Alcaloide erhalten. Von besonderem Interesse war die Anwendung dieser Reaction bei den Opiumalcaloiden, wodurch als Grundkohlenwasserstoff des Morphins und Codeins das Phenanthren isolirt wurde. Es ist dies ein krystallinischer, hochsiedender, dem Anthracen isomerer und ebenfalls im Steinkohlentheer vorkommender Kohlenwasserstoff. Auch in der Kenntniss der bei der Zersetzung vieler Alcaloide auftretender Piridin- und Chinolinbasen wurden wesentliche Fortschritte gemacht. Das Piridin betrachten die Chemiker als Benzol, in welchem ein Methin $=CH$ durch den dreiwerthigen Stickstoff ersetzt ist, und in gleichem Verhältnisse wie das Piridin zu Benzol steht das Chinolin zu Naphthalin. Das Chinolin, das beim Erhitzen von Chinin mit Kalihydrat auf 180—190 entsteht, ist vor Kurzem von *Skraup* künstlich erhalten und wird bereits fabrikmässig dargestellt. Es ist zu erwarten, dass demnächst aus den Piridin- und Chinolinbasen eine Reihe von Sub-



stitutionsproducten dargestellt werden, die voraussichtlich werthvolle Arzneistoffe sein werden. Mit der Erkenntniss der näheren Bestandtheile eines Alcaloids kommen die Chemiker auch in die Lage, eine ganze Reihe dem betreffenden Alcaloid homologer Basen und Substitutionsproducte darzustellen. Nachdem *Ladenburg* das Atropin aus Tropin und Tropasäure synthetisch erhalten hat, konnte er durch Ersetzen der Tropasäure durch andere aromatische Säuren eine ganze Reihe „Tropeïne“ darstellen. Es ist mit Sicherheit zu erwarten, dass die natürlichen Alcaloide eins nach dem andern künstlich dargestellt werden. Aber nicht minder sicher ist es, dass bevor dieses Ziel erreicht ist, wir eine grosse Anzahl künstlicher, in der Natur nicht vorkommender Alcaloide haben werden, die in ihren physiologischen Eigenschaften die natürlich vorkommenden noch übertreffen werden. Es wird dies eine der Geschichte der natürlichen und künstlichen Farbstoffe durchaus analoge Erscheinung sein.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Proff. *Luchsinger*, *Nencki* und Apotheker *Studer*.

3) Wahlen: An Stelle des um das Gedeihen des Vereines so sehr verdienten Präsidiums, Prof. *Pflüger*, welcher eine Wiederwahl definitiv ablehnt, wird im 2. Wahlgang gewählt als Präsident: Prof Dr. *Grützner*, als Actuar und Cassier: Dr. *Ost*, der bisherige, durch Acclamation.

Schluss der Sitzung 10 Uhr.

Ausserordentliche Sitzung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Zürich.

6. Februar 1883 auf Zimmerleuten.[1])

Anwesend 35 Mitglieder, als Gast Herr Regierungsrath Walder.

Präsident: Prof. *Oscar Wyss*, Actuar: Dr. *Hans v. Wyss*.

Das Präsidium eröffnet die Sitzung etwas vor 3 Uhr.

Zur Aufnahme haben sich gemeldet und werden einstimmig aufgenommen die Herren: Dr. *Ad. Beust*, *Paul Ernst*, med. pract., Dr. *Keller*, Prof. *Klebs*, Dr. *Wilh. Schulthess*, sowie Frln. *Fahrner*, med. pract.

1) Nach geringen redactionellen Veränderungen werden die neuen Statuten angenommen und in Kraft erklärt.

2) Fortsetzung der Discussion über die Decentralisation der cantonalen Krankenanstalten.

Herr Prof. *O. Wyss* erklärt sich zunächst gegen die Errichtung von Bezirksspitälern. Einerseits sind auf dem Lande bereits schon Spitäler vorhanden, anderseits dürften die vorhandenen Bahn- und Strassenverbindungen genügen für den Transport in die Centralanstalt, die sich selbst in dringenden Fällen von überall her und der Zeit nach leicht erreichen lässt. Wenn *Billroth* dereinst den Cantonsspital für nicht genügend erachtete, so haben sich seither die Verhältnisse geändert durch den Bau der Gebäranstalt, des Krankenasyls Neumünster, des Kinder-

[1]) Erhalten 19. Juni 1883.



spitals, es kommen die damals so massenhaften, durch den Bau der Bahnen veranlassten Verletzungen nicht mehr vor, viele Kranke können ambulant behandelt werden. Die früher im Cantonsspital behandelten Epileptiker und Nervenkranken werden jetzt im Burghölzli verpflegt, also gilt das vor 15 Jahren Gesagte jetzt nicht mehr.

Vergleichen wir andere Orte, so finden wir nur in Genf und Basel mehr Betten: Basel 1 auf 93 Einwohner, Genf 1 auf 147, Zürich 1 auf 156, Thurgau 1 auf 166, Aargau 1 auf 190.

Im Spital fehlt es auf der innern Abtheilung an genügendem Wechsel, besonders wegen der Spondylitiker, welche Jahr und Tag Plätze besetzen. Es ist richtig, dass diese manchmal nach sehr langer Zeit heilen. Analog verhalten sich viele Rückenmarksfälle, die Apoplectiker.

Es fehlt ferner dem Cantonsspital an den nöthigen Isolirräumen. Es können die Erysipele nicht isolirt werden, ebenso Scharlach, Masern und Diphtheritis der Erwachsenen nicht im Absonderungshaus. Es fehlt ebenso an einem besondern Haus für die infantile Diphtheritis. Das hiefür benützte Zimmer ist central im Spital gelegen und dazu stets überfüllt. Ferner können übel riechende Kranke nicht isolirt werden, für Deliranten steht blos 1 Zimmer mit 1 Bett zur Verfügung.

Ein weiteres grosses Bedürfniss sind Räume für Reconvalescenten, da solche oft Wochen lang auf der Abtheilung behalten werden müssen.

Von dem Referenten ist betont worden, dass die Isolirung der Phthisiker angestrebt werden müsse. In unserm Spital kommt es allerdings vor, dass dieselben oft ziemlich dicht zusammenliegen. Auch sind die Krankensäle nicht ein vollkommen geeigneter Aufenthalt für sie und sollte ihnen die Möglichkeit geboten werden, geschützt in der freien Luft verweilen zu können.

Von weitern Postulaten wäre namentlich noch hervorzuheben, dass einmal den jetzigen Anforderungen entsprechende Badeeinrichtungen erstellt werden sollten.

Es ist also ersichtlich, dass am Cantonsspital Vieles der Verbesserung bedarf. Diese Verbesserungen sind aber alle in loco erreichbar und es ist dazu keineswegs eine Decentralisation erforderlich.

Es fragt sich nun weiter, ob der Universität Gefahr erwächst, wenn weitere Spitäler im Canton errichtet werden. Es ist dies ganz unzweifelhaft der Fall für die medicinische Klinik und die Anatomie, wie die Erfahrung bereits gelehrt hat. Beide Institute haben bereits gelitten durch die Verlegung der Unheilbaren nach Rheinau, durch die Aufhebung der Secundarabtheilungen. Die medicinische Klinik ist dadurch benachtheiligt, dass sie nicht mehr ungeeignete Fälle abweisen darf. Durch die propädeutische Klinik sind ihr $^2/_5$ des Materials entzogen worden.

Was also anzustreben ist, geht dahin, den Cantonsspital zweckmässig auszubauen, Invaliden-, Reconvalescenten- und Correctionsanstalten auf dem Lande zu errichten. Endlich ist noch für den Spital zu wünschen, dass er in seinen hygieinischen Verhältnissen nicht, wie bisher, weiter geschädigt werde, durch Errichtung von zu viel neuen Anstalten und Gebäuden anderer Art in seiner nächsten

Umgebung, wodurch einerseits der Luft- und Lichtzutritt noch mehr beschränkt und auch die Luft noch mehr verschlechtert würde, wie bisher.

Herr Dr. *E. Müller:* Es handelt sich um Decentralisation der cantonalen Krankenanstalten; dieser Ausdruck scheint nicht glücklich und nicht richtig gewählt. Nur in Zürich bestehen zur Zeit cantonale Krankenanstalten, mit all' den grossen Vortheilen, welche jene in Bezug auf bestmögliche Behandlung und Pflege, aber auch durch niedrige Taxen für die unbemittelten oder wenig bemittelten Volksclassen bieten. Jener Ausdruck Decentralisation erweckt daher zunächst den Verdacht oder den Glauben, es handle sich um Decentralisation dieser in Zürich bestehenden cantonalen Krankenanstalten, um Schwächung, um Minderung derselben, und zwar durch Etablirung weiterer cantonaler Krankenanstalten in andern Landestheilen Dem ist aber nicht so.

Die Hauptfrage, um welche es sich zuerst und vor Allem handelt, ist die: Genügen die in Zürich bestehenden cantonalen Krankenanstalten dem Bedürfnisse des Cantons oder genügen sie nicht? Genügen sie, so wird Niemand im Ernste daran denken, neue Anstalten zu errichten, am wenigsten der Staat, sie auszuführen. Genügen sie aber nicht, ergibt sich die Wünschbarkeit oder Nothwendigkeit, die bestehenden cantonalen Anstalten zu vermehren, dann erst kommt die Frage in Betracht: soll dies geschehen durch Erweiterung und Neubau der Anstalten in Zürich, oder durch Etablirung solcher Anstalten in andern Landestheilen? Hier erst und in diesem Sinne kann von Decentralisation der cantonalen Krankenanstalten die Rede sein.

I. Genügen die in Zürich bestehenden cantonalen Krankenanstalten dem Bedürfnisse nach Spitalbehandlung für den Canton Zürich?

1) Diese Frage ist nicht von vornherein leicht und einfach zu beantworten. Zwar ist selten ein Arzt auf dem Lande, der nicht von einzelnen Fällen zu erzählen wüsste, die aus diesem oder jenem Grunde nicht in den Spital gebracht werden konnten, oder trotz grosser Wünschbarkeit nicht aufgenommen wurden, wegen Ungewissheit der Aufnahme, Furcht vor Abweisung wegen Platzmangel, Schwere des Falles bei weitem Transport, bei schlechter Witterung u. s. w., wirklich vorgekommenen Abweisungen u. s. w. Doch lässt sich dies Alles nicht ziffermässig und genau feststellen und darf nur im Allgemeinen darauf aufmerksam gemacht werden, dass es hie und da vorkommen kann und vorgekommen ist, dass Kranke mit acuten Leiden, die es bedurften, aus diesem oder jenem Grunde keine Unterkunft im Spitale in Zürich finden konnten, zumal in der Woche und ausser den Aufnahmstagen.

2) Etwas weiter kommen wir, wenn die Zahl der an den Aufnahmstagen Zurückgewiesenen in Betracht gezogen wird. Es beträgt diese circa 450 per Jahr, 8—9 auf den Aufnahmstag. Prof. *Huguenin* hat in eingehender und überzeugender Weise nachgewiesen, dass in dieser Ziffer eine ziemliche Zahl wirklich und in der That einer Spitalbehandlung nicht Benöthigter stecken, dass aber wirkliche Nothfälle niemals abgewiesen worden; allein, wenn ich recht verstanden habe, blieb immer noch eine Zahl (circa 200?) Abgewiesener übrig, die



„etwa auf den nächsten Montag, von diesem Tag weiter, allenfalls auch auf den Donnerstag“ zur Aufnahme verwiesen werden mussten. Damit ist immerhin ausgesprochen, dass ein gewisser Grad von Platzmangel vorhanden ist, dass die cantonalen Anstalten in Zürich für das Bedürfniss nicht ausreichen, indem die Verschiebung von Aufnahmen vom Freitage auf die nächstfolgenden Montage oder Donnerstage gleichsam chronisch geworden ist und diese nachträglich am Montag oder Donnerstag Aufgenommenen immer wieder den am Freitag neu sich Meldenden theilweise wenigstens den Platz versperren.

3) Diese beiden Puncte (1 und 2) sind untergeordneter Natur; bedeutend näher rücken wir der Beantwortung der gestellten Frage, wenn wir nun aber folgende Tabelle [1]) näher in's Auge fassen.

a) Tabelle I: Eine Zusammenstellung der in den 2 Jahren 1877 und 1878 in den Cantonsspital aufgenommenen Kranken überhaupt, und der daselbst in den 3 Jahren 1876—1878 an Lungenschwindsucht Gestorbenen, und zwar nach den Wohngemeinden, somit nach den Bezirken, aus welchen sie kamen, ergibt:

aa. dass von den in den 2 Jahren 1877 und 1878 in den Cantonsspital Zürich überhaupt Aufgenommenen 46,6%, somit nahezu die Hälfte, aus Wohngemeinden des Bezirkes Zürich, und insbesondere 40,8% aus Zürich und Umgemeinden herkamen; ferner, dass von den in den 3 Jahren 1876—1878 im Spitale an Lungenschwindsucht Gestorbenen 57,6% auf den Bezirk Zürich und 53,7% auf Zürich und Umgemeinden fielen. Auf sämmtliche übrige Bezirke des Cantons entfallen, da für Aussercantonale und fremde Zugereiste noch gewisse Procente abgehen, für die Gesammtaufnahmen nur 44,5%, also etwas weniger als der Bezirk Zürich allein, und für die an Lungenschwindsucht Gestorbenen gar nur 34,9% gegen 57,6% im Bezirke Zürich. Die Tabelle beruht allerdings nur auf der kleinen Basis von 2, resp. 3 Jahren, allein es unterliegt keinem ernstlichen Zweifel, dass ähnliche Verhältnisse zwischen dem Bezirk Zürich einerseits und den andern Cantonstheilen anderseits stetsfort vorhanden sind; es steht fest, dass der Bezirk Zürich für sich allein nahezu die Hälfte der Insassen des Spitales ausmacht, der ganze übrige Canton aber die andere Hälfte oder noch weniger dazu liefert. Woran liegt dies? Abgesehen von dem sehr nahe liegenden Grunde, dass überall und zu jeder Zeit die einem Spitale zunächst liegenden Ortschaften und Gegenden der durch denselben gebotenen Wohlthaten am leichtesten theilhaftig werden und factisch dieselben ausnutzen, kommen noch andere Factoren in Betracht.

bb. So die Bevölkerungszahl der einzelnen Bezirke. Der Bezirk Zürich hat nach der Volkszählung von 1870 eine Bevölkerung von 25,9% der Gesammtbevölkerung des Cantons Zürich, somit geradezu ¼ derselben (nach der Volkszählung von 1880 auf 30,1% gestiegen). Er ist der volkreichste und wird daher schon deswegen eine grössere Zahl von Kranken abgeben müssen und dürfen; er that

[1]) An Stelle der ursprünglich vom Vortragenden bei seinem Vortrag vorgelegten Tabellen hat derselbe nachträglich eine bedeutend erweiterte Tabelle zusammengestellt, welche hier folgt. Die Zahlenangaben im Text aber beziehen sich auf jene, so dass hier zwar theilweise die Zahlen nicht genau stimmen, wohl aber die Verhältnisse. Der Actuar.



	Bevölkerung, Zählung von 1880.	Bevölkerungsquote der Bezirke, in % der cantonalen Bevölkerung.	In den 4 Jahren 1877, 1878, 1881 und 1882 wurden in den Cantonsspital Zürich Angehörige der einzelnen Bezirke ihrer Wohngemeinde nach (und Fremde) aufgenommen:			Differenz der Aufnahmen zwischen dem Bezirk Zürich und den andern Bezirken in ‰ der Bevölkerung.	In den 10 Jahren 1871—1880 sind jährlich gestorben in ‰ der Bevölkerung.	In den 2 Jahren 1879 und 1880 sind in den einzelnen Bezirken an Bronchit. acut., Pneumon., Apoplex. cerebr., organischen Herzfehlern, Morb. Brightii, Carcinoma ventriculi, Carcinoma hepat., Typhus abdominalis und Diphtherie (Croup) gestorben:		In den 4 Jahren 1876—1879 sind in den einzelnen Bezirken des Cantons an Lungenschwindsucht gestorben:		In den 3 Jahren 1880 bis 1882 wurden in den einzelnen Bezirken acute Infectionskrankheiten (Pocken, Scharlach, Masern, Keuchhusten, Typhus, Diphtherie [und Croup] und Puerperalfieber) angemeldet:	
			a. in absoluter Zahl.	b. in % der Ges.-aufnahmen.	c. in ‰ d. Bevölkerung v. 1880.			a. in absoluter Zahl.	b. in ‰ der Bevölkerung von 1880.	a. in absoluter Zahl.	b. in ‰ der Bevölkerung von 1880.	a. in absoluter Zahl.	b. in ‰ der Bevölkerung von 1880.
Stadt Zürich	—	—	1464	15,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Umgemeinden von Zürich	—	—	2710	27,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Weitere Gemeinden	—	—	531	5,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bezirk Zürich	95257	30,1	4705	48,1	49,4	—	25,2	1130	11,9	926	9,7	6193	65,0
„ Affoltern	13044	4,1	363	3,7	27,8	—21,6	20,7	151	11,6	98	7,5	273	20,9
„ Horgen	28327	8,9	658	6,7	23,2	—26,2	22,5	353	12,5	239	8,4	1071	37,8
„ Meilen	19792	6,2	461	4,7	23,3	—26,1	21,0	212	10,7	150	7,6	643	32,5
„ Hinweil	30345	9,6	491	5,0	**16,2**	—33,2	22,9	366	12,1	264	8,7	1206	39,7
„ Uster	17569	5,5	460	4,7	26,2	—23,2	21,6	159	9,0	156	8,9	935	53,2
„ Pfäffikon	18056	5,7	331	3,4	**18,3**	—31,1	23,8	179	9,9	135	7,5	432	23,9
„ Winterthur	42002	13,3	570	**5,8**	**13,6**	—35,8	21,7	417	9,9	322	7,7	2511	59,8
„ Andelfingen	17155	5,4	240	2,5	**14,0**	—35,4	22,5	192	11,2	166	9,7	378	22,0
„ Bülach	21523	6,8	471	4,8	21,9	—27,5	23,1	227	10,5	188	8,8	621	28,9
„ Dielsdorf	13988	4,4	286	2,9	20,4	—29,0	22,6	143	10,2	90	6,5	511	36,5
Zugereiste Fremde, Ausser-cantonale	—	—	745	7,6	—	—	—						
Canton Zürich	317058	100,0	9781	99,9	254,3	289,1	23,1						

dies in jenen 2 Jahren mit 46,6%, d. h. mit nahe der Hälfte der Gesammtaufnahmen in den Spital; es ist dies nahezu das Zweifache zu seiner Bevölkerungsquote im Canton, die ¼ beträgt. Während er also das Doppelte seiner Bevölkerungsquote in den Spital entsendet, fällt bei sämmtlichen übrigen Bezirken des Cantons der Procenttheil, mit dem sie am Genuss des Spitales participiren, unter deren Bevölkerungsquote, mit welcher sie an der Gesammtbevölkerung participiren, bei den einen etwas mehr, bei den andern etwas weniger. Am ungünstigsten stellen sich hiebei jene Bezirke, welche vermöge ihrer excentrischen geographischen Lage, also wegen ihrer Entfernung vom Centrum und weniger leichten Communication am schwersten es haben, das Centrum Zürich zu erreichen und zwar:

Bezirk	Hinweil	mit	5,4%	Spital	und	9,7%	Bevölkerung,
„	Pfäffikon	„	3,3 „	„	„	6,4 „	„
„	Winterthur	„	5,5 „	„	„	12,6 „	„
„	Andelfingen	„	2,8 „	„	„	6,2 „	„

Wir sehen also: das Verhältniss der Spitalaufnahmen zu den Bevölkerungsquoten in den einzelnen Bezirken hellt das so ungleiche Verhalten einerseits des Bezirks Zürich mit seinen 46,6% Spitalgängern und 25,9% Bevölkerungsquote, anderseits der übrigen Cantonstheile nicht hinreichend auf; der günstigste Bezirk von letztern, Affoltern, hat blos 3,5% Spitalgänger bei einer Bevölkerungsquote von 4,5%.

cc. Hängt dieses so ungleiche Verhalten vielleicht davon ab, dass der Bezirk Zürich eine höhere Morbidität besitzt? Bis auf einen gewissen Grad wird dies zugestanden werden müssen; grössere städtische Centren, wie Zürich und Umgemeinden, liefern im Allgemeinen mehr Kranke und namentlich auch mehr Infectionskrankheiten. Allein kann der Unterschied in dieser Hinsicht zwischen dem Bezirk Zürich und den andern Bezirken so gross sein, wie er im obigen Verhalten zu Tage tritt? Es ist dies einer Untersuchung werth.

b. Ueber die Morbidität im Grossen und Ganzen, d. h. die Zahl der Erkrankungen in den einzelnen Bezirken besitzen wir keinerlei Angaben; allein wir kennen genau die Mortalitätszahlen derselben, und da im Ganzen die climatischen Verhältnisse und die herrschenden Krankheiten im ganzen Canton annähernd dieselben sind, so dürfen wir unbedenklich diese Mortalitätszahlen eintreten lassen: sie sind der Ausdruck der Salubrität der einzelnen Bezirke, damit aber auch ihrer Morbidität. Daher Tabelle II: Mortalität der einzelnen Bezirke im Durchschnitte der 10 Jahre 1871—1880. S. Tabelle. Es ergibt sich:

aa. Der Durchschnitt der jährlichen Sterblichkeit beträgt für den ganzen Canton 23,1‰ der Bevölkerung.

bb. Die Maxima betragen 25,2‰ im Bezirk Zürich und 23,8‰ im Bezirk Pfäffikon.

cc. Die Minima betragen 20,7‰ im Bezirk Affoltern und 21,0‰ im Bezirk Meilen. Die andern Bezirke bewegen sich zwischen den Maxima und Minima.

dd. Dass der Bezirk Zürich die höchste Mortalität von 25,2‰ aufweist, deutet unzweifelhaft darauf, dass auch die Morbidität in demselben höher steht, als in



den andern Bezirken; übrigens rührt die höhere Zahl theilweise davon her, dass die Zugereisten und aus andern Bezirken in die cantonalen Krankenanstalten Verbrachten und dort Gestorbenen ebenfalls den Bezirk Zürich beschweren.

ee. Im Grossen und Ganzen sind aber die Unterschiede zwischen den einzelnen Bezirken keine sehr grossen; die Differenz zwischen dem Maximum Zürich mit 25,2‰ und dem Minimum Affoltern mit 20,7‰ beträgt blos 4,5‰, bei allen andern Bezirken weniger.

Daraus ergibt sich mit Nothwendigkeit der Schluss, dass auch die Morbiditätsverhältnisse in den verschiedenen Bezirken und Cantonstheilen nicht sehr wesentlich von einander verschieden sind, dass sie im Bezirk Zürich am höchsten stehen, in den sämmtlichen andern Bezirken aber nur um ein Geringes niedriger sind. Vergleichen wir mit diesem Resultate die Betheiligung an den cantonalen Krankenanstalten in Zürich einerseits des Bezirkes Zürich mit 46,6%, anderseits des ganzen übrigen Cantons mit 44,5% der Aufnahmen, so ergibt sich, dass die ausserzürcherischen Bezirke bei weitem nicht in dem ihrer Morbidität entsprechenden Maasse an den cantonalen Krankenanstalten Theil haben.

c. Dass die Morbiditätsverhältnisse in den einzelnen Bezirken in der That nicht so himmelweit von einander verschieden sind, kann auch an einigen Krankheitsgruppen nachgewiesen werden. So

aa. an der Lungenschwindsucht.

aaa. In den 5 Jahren 1865—1869 starben durchschnittlich jährlich im Canton an Lungenschwindsucht 1,96‰ der Bevölkerung, im Bezirk Zürich 2,05‰, im Bezirk Dielsdorf 1,06‰; im Ganzen aber bewegen sich die Differenzen zwischen dem Bezirk Zürich einerseits und den meisten Bezirken anderseits in den Zahlen 2,05‰ und 1,75‰ der Bevölkerung, somit ein recht geringer Unterschied in der Morbidität an Lungenschwindsucht in den einzelnen Bezirken.

bbb. Ferner ergibt sich, dass zwar aus allen Bezirken Lungenschwindsüchtige in den cantonalen Anstalten in Zürich verpflegt wurden, allein in einem ungemein verschiedenen Verhältnisse zu der Gesammtzahl der in den Bezirken überhaupt daran Gestorbenen; in den 4 Jahren 1876—1879 ist der Bezirk Zürich dabei mit 14,4% seiner Gesammtzahl vertreten, der Bezirk Affoltern mit 10,2%, der Bezirk Uster mit 9,6%, der Bezirk Horgen mit 7,8%, und so fällt es immer mehr bis auf 3,3%.

ccc. Schluss: Der Bezirk Zürich entsendet von seinen Lungenschwindsüchtigen die höchste Procentzahl in den Spital; in sämmtlichen übrigen Bezirken ist diese Procentzahl geringer, und sinkt bald weniger, bald sehr bedeutend; oder mit andern Worten: diese übrigen Bezirke finden nicht die ihrer factischen Morbidität an Lungenschwindsucht entsprechende Aufnahme im Spital.

bb. Eine zweite Krankheitsgruppe, die Morbidität der einzelnen Bezirke daran zu messen, gäben die angemeldeten Infectionskrankheiten. Siehe Tabelle, nach den Monatstabellen der Sanitätskanzlei zusammengestellt. Trotzdem diese erst 3 Jahre umfassen, eine viel zu kurze Zeit, um annähernd richtige Resultate und Durchschnitte zu geben, zumal bei der vielfachen Lückenhaftigkeit der Anmeldungen, ergeben sich doch einige Anhaltspuncte. Die höchste Ziffer zeigt der



Bezirk Zürich; ziemlich nahe daran reichen 2 weitere Bezirke, Winterthur und Uster; 4 weitere Bezirke sinken allmälig bis auf die Hälfte der Zahl des Bezirks Zürich; die 4 letztern gehen allmälig bis auf 1/3 jener Zahl hinab. Immerhin ergibt sich aus der Tabelle, dass die grosse Gruppe der acuten Infectionskrankheiten im *ganzen Canton* eine reichliche Morbidität liefert.

4) Aus allen diesen Untersuchungen ergeben sich 2 Schlüsse:

a. Die Morbidität ist im Bezirk Zürich am höchsten, sie steht aber in den andern Bezirken nur um ein Geringes hinter der des Bezirks Zürich zurück.

b. Die cantonalen Krankenanstalten sind nicht ausreichend, dem Bedürfnisse nach Spitalverpflegung im ganzen Canton zu genügen.

Wie hoch kann dieses durch den Cantonsspital nicht gedeckte Bedürfniss angeschlagen werden? Diese Frage kann unmöglich genau beantwortet werden, da viele äussere und innere Momente das Aufsuchen einer Spitalbehandlung beeinflussen; doch soll wenigstens ein Versuch gemacht werden, sie approximativ zu lösen.

aaa. Der Bezirk Zürich hat in den 2 Jahren 1877 und 1878 23,6‰ seiner Bevölkerung in den Spital untergebracht, sämmtliche übrige Bezirke weniger, und zwar blos von 12,3—6,2‰ ihrer Bevölkerung.

bbb. Nehmen wir an, der Bezirk Zürich habe mit seinen 23,6‰ Spitalgängern dem Bedürfnisse seiner Bevölkerung nach Spitalbehandlung entsprochen, — in Wahrheit wird dies sehr wahrscheinlich nicht einmal der Fall sein, — und nehmen wir ferner an, die andern Bezirke haben, da sie nahezu ähnliche Morbiditätsverhältnisse aufweisen, in ähnlicher und proportional gleicher Weise Spitalbedürfnisse für ihre Bevölkerung zu decken, so drückt die Differenz zwischen den factischen Spitalgängern dieser andern Bezirke und den factischen Spitalgängern aus dem Bezirk Zürich in ‰ der betreffenden Bevölkerungen das Bedürfniss dieser andern Bezirke aus, das gedeckt werden sollte.

Gegenüber dem Bezirk Zürich entsenden nun sämmtliche andern Bezirke eine geringere Quote ihrer Bevölkerung in den Spital; die betreffenden Unterschiede, d. h. die Minderzahl der Spitalgänger dieser Bezirke, bewegen sich zwischen 11,3 bis 17,4‰ der Bevölkerung, wobei die entferntesten Bezirke am niedrigsten stehen; die Summe dieser Unterschiede beträgt 138,9‰; annähernd diese Summe wäre also für die Bevölkerung dieser andern Bezirke und für 2 Jahre zu decken. Nun beträgt die Summe der factisch im Cantonsspitale in 2 Jahren aus dem ganzen Canton Aufgenommenen 120,7‰ der Bevölkerung oder 4155 Personen. Setzen wir statt der 138,9‰, die wir oben als Summe der Unterschiede fanden, geradezu wieder die annähernde, aber doch ziemlich kleinere Zahl 120,7‰ ein, so ergäbe sich, dass, um dem Bedürfnisse der andern Cantonstheile in gleicher und entsprechender Weise zu genügen, wie es für den Bezirk Zürich geschieht, für annähernd ebenso viele Kranke Spitalplatz müsste geschaffen werden, als während den 2 Jahren 1877 und 1878 in den cantonalen Anstalten in Zürich Aufnahme fanden, somit für circa 2078 Personen im Jahr. Es ist dies nur ein Versuch einer approximativen Berechnung des vielleicht zu deckenden Bedürfnisses; allein selbst wenn die gefundene Zahl *bedeutend* reducirt wird, so liegt klar am Tage, dass

die cantonalen Anstalten bei der Gleichartigkeit der Morbiditätsverhältnisse bei weitem nicht ausreichen, dem Bedürfnisse zu genügen.

5) Alle bisherigen Untersuchungen und Betrachtungen sind ausgegangen von den jetzigen Spitalverhältnissen in Zürich und beziehen sich zunächst auf die zur Zeit dort aufgenommenen Krankheitsformen, vor Allem also acute Krankheiten. Sie gipfelten in dem Schlusse, dass für die Bedürfnisse des Cantons dieselben nicht mehr genügend seien. Allein für Beurtheilung dieses Bedürfnisses fallen noch weitere gewichtige Momente in Betracht, die kurz angedeutet werden müssen:

a. Zunahme der Bevölkerung, somit der Kranken.

b. Verschlimmerung der socialen Verhältnisse, daher häufigeres Bedürfniss nach Spitalbehandlung zu Stadt und Land. Dies besonders auch mit Rücksicht auf

c. die zunehmende Einsicht, dass Infectionskrankheiten am besten in Spitalbehandlung übergehen, nicht nur Typhus, auch Diphtherie, Scharlach, und zwar in sehr verschiedenen socialen Schichten der Bevölkerung.

d. Aehnliches kann man von chirurgischen Krankheiten sagen, die Operation erheischen.

e. Eine Reihe chronischer, unheilbarer Kranken bedürfen dringend einer Unterkunft in Spitälern: Krebs, Lungenschwindsucht, Gelähmte u. s. w.

6) Generalschluss: Gründe des Bedürfnisses, der Billigkeit, der Humanität fordern dringend Vermehrung der cantonalen Krankenanstalten, indem die bisherigen bei weitem nicht genügen. Daher auch die im Laufe der Zeit neu creirten Privat- und Gemeindekrankenanstalten: Krankenasyl Neumünster, Kinderspital Zürich, Einwohnerspital Winterthur, die zahlreichen kleinern Anstalten am Zürchersee; daher die Bestrebungen in den Bezirken für Bezirksspitäler. Es ist das Bedürfniss, das nach Abhülfe ausgeht.

II. Soll die nothwendige Vermehrung der cantonalen Krankenanstalten durch Vergrösserung, d. h. Neubauten der jetzigen Centralanstalten in Zürich oder durch Etablirung derselben in den Bezirken und insofern durch Decentralisation geschehen?

Maassgebend für Beantwortung dieser Frage sind: 1) das Bedürfniss, 2) die Rücksicht auf die medicinische Facultät der Hochschule und den klinischen Unterricht.

1) Das Bedürfniss.

Hauptsächliche Ursache der geringeren Benutzung des Spitales in Zürich durch einen grossen Theil der Bevölkerung des Cantons war nicht Mangel an Bedürfniss, sondern, abgesehen von chronischem und factischem Platzmangel in Zürich, die geographische Lage, die Entfernung, die Unzukömmlichkeiten und Schwierigkeiten des Transportes. Daher je entfernter die Bezirke, desto weniger Spitalgänger; so Hinweil, Pfäffikon, Winterthur und Andelfingen. Je näher die Bezirke, desto mehr Spitalgänger; so Zürich, Affoltern, Horgen, Meilen, Uster, Dielsdorf, Bülach. Hat reine Landwirthschaft weniger Spitalbedürfniss? Nur bis auf einen gewissen



Grad. Industrielle Centren finden sich beinahe überall, kleinere und grössere, auch in weitern Bezirken.

Das Bedürfniss erheischt daher periphere Anlage neuer Krankenanstalten.

Einfache Vergrösserung der Anstalten in Zürich hat folgende Nachtheile:

a) sie trägt der geographischen Lage, der Entfernung keine Rechnung;

b) sie birgt die Gefahr, dass wieder die nächsten Bezirke zum Nachtheil der entfernteren den Mehrraum besetzen;

c) sie birgt die fernere Gefahr, dass man sich mit einer ungenügenden Vergrösserung abfindet und schwer dazu kommt, allfällig steigenden Bedürfnissen successive zu folgen.

Wie wäre dem Bedürfnisse abzuhelfen? Durch successive Neuetablirungen. Zunächst wäre etwa folgendes Schema in's Auge zu fassen:

a) Die Zürcher Anstalten bleiben als cantonale Centralanstalt und zugleich noch insbesondere alimentirt durch die Bezirke Zürich, Affoltern, Horgen, Meilen, Dielsdorf und Bülach innerer Theil; Bevölkerungsgebiet circa 160,000 Seelen.

b) Spital in Winterthur für die Bezirke Winterthur, Andelfingen, anliegende Theile der Bezirke Pfäffikon und Hinweil (Tössthal), äussere Theile der Bezirke Bülach und Dielsdorf; Bevölkerung 70—80,000 Seelen.

c) Kleinerer Spital in Wetzikon für die Bezirke Hinweil, Pfäffikon, Uster; Bevölkerung 50—60,000 Seelen.

Erst wenn wirkliches Bedürfniss sich herausstellte, müsste später dem entsprechend successive auch in andern Bezirken gebaut werden. Dies wäre somit erst eine Frage der Zukunft.

Die Neubauten aber wären als cantonale Filialen einzurichten, mit allen den öconomischen Vortheilen, welche die jetzigen Anstalten in Zürich gewähren. Nur so wird dem Bedürfniss wirklich entgegengekommen.

2) Die medicinische Facultät und der clinische Unterricht.

Es werden sehr starke Befürchtungen ausgesprochen, dass durch die sogen. Decentralisation der cantonalen Krankenanstalten jene Institute gefährdet und geschädigt werden. Dies erscheint unbegründet; denn:

a) Zürich ist und bleibt Sammelpunct für die oben genannten Bezirke, für 160,000 Seelen, für eine stark steigende Bevölkerung, deren sociale Verhältnisse je länger je mehr zu Spitalbehandlung treiben; daher reichliche Alimentation gesichert.

b) Zürich ist und bleibt Centralanstalt für den ganzen Canton, indem nach wie vor schwierigere, dunklere, interessantere Fälle, medicinische und chirurgische, schwieriger oder neuer Operationen Bedürftige u. s. w. dorthin sich wenden werden und dorthin werden instradirt werden. Daher für den klinischen Unterricht eher gewählteres Material, weniger Lungenschwindsucht, Beingeschwüre, Spondylitiker u. s. w.

c) Sind die peripheren Spitäler als cantonale Filialen organisirt, so ist staatlich eine Organisation, ein Uebereinkommen möglich, wobei unter Umständen Kranke aus den Filialen nach Zürich verbracht werden, der Spital in Zürich hin-



wieder Reconvalescenten, chronische Kranke u. s. w. in die Filialen evacuirt und damit Platz für clinisch verwerthbare Kranke gewinnt.

d) Die Neucreirung peripherer Anstalten geschieht nicht massenhaft, sondern nur successive, nach vorhandenem Bedürfnisse; es wird nur langsam geschehen.

e) Haben die in Zürich selbst und am See bestehenden Privatkrankenanstalten ungünstigen Einfluss auf die Frequenz des Cantonsspitales ausgeübt? Nicht ersichtlich.

f) So lange keine eidgenössische Hochschule entsteht, was im weiten Felde ist, genügen die gegenwärtigen Anstalten in Zürich wohl vollständig für die Bedürfnisse der medicinischen Facultät, natürlich mit den nothwendigen Ergänzungen, Neubauten (für Infectionskrankheiten) u. s. w., wie sie von den klinischen Vorständen angedeutet worden sind.

Von Neubauten für Reconvalescenten, Spitälern für Tuberculöse, für Wasserbehandlung und ähnliches ist zur Zeit abzusehen. Das nächste Bedürfniss ist Vermehrung der Anstalten für die Kranken überhaupt und deren zweckmässige Organisation.

Herr Dr. *Zweifel* (Höngg) findet, dass auch der Mediciner sich den Wünschen des Volkes zu conformiren habe und die Bedürfnisse berücksichtigen müsse. Das cantonale Budget verträgt keine neuen Spitäler der Kosten wegen. Ein Patient im Spital kostet 100 Fr., in Horgen 80 Fr. Es sollte die familiale Behandlung mehr begünstigt werden, da die Kosten sich dadurch sehr reduciren und die Privatpraxis ebenso gute Behandlung erlaubt, wie das Spital.

Prof. *Forel* findet, dass die Ausführungen von Dr. *Müller* den Kern der Sache nicht treffen. Es ist geradezu auffällig, wie viele Kranke von aussen in's Spital kommen. Die Landwege machen die Transportschwierigkeiten grösser, nicht die Eisenbahnen, und die erstern bleiben also bei den Bezirksspitälern in gleicher Weise bestehen. Die Hauptsache bleibt die Erweiterung der Versorgungsanstalten.

Prof. *Huguenin*. Die Anstalten des Cantons sind allerdings zu klein. Dies Schlussresultat ist nicht zu bestreiten, wenn auch die statistischen Aufstellungen in ihrer Beweiskraft angreifbar sind. Die Anforderungen, welche an die Humanität gestellt werden, sind eben sehr gestiegen. Als der Spital gebaut wurde, war er für acute und heilbare Kranke bestimmt. Heute steht er nahezu an der Grenze eines Armenhauses. Am 1. Februar 1883 standen z. B. die Verhältnisse der medicinischen Klinik folgendermaassen: Von 104 Patienten waren 27 acute, 77 chronisch Kranke, davon 24 Phthisiker, also 23,3%. Bei Aufnahmen müssen also die chronisch Kranken den acuten Platz machen und der Spital ist seiner ersten Aufgabe untreu geworden. Am 19. Januar waren 25 Patienten angemeldet: davon erschienen noch 8 arbeitsscheue Vagabunden, 11 chronische Patienten wurden aufgenommen. Unter solchen Verhältnissen musste sich das Material der med. Klinik verschlechtern. Vermehrung der Anstalten für chronisch Kranke ist also dringend nothwendig.

Herr Regierungsrath *Walder* betont, dass der Spital in Winterthur von Seite des Staates unterstützt wird. Im Gegensatze zu den Postulaten Herrn Dr. *Müller*'s



lautet nun die letzte Eingabe der Behörde von Winterthur dafür, dass der Spital in Winterthur nicht für chronische Patienten und nicht als Versorgungshaus dienen dürfe. Vorläufig sei gar keine Aussicht auf Erstellung neuer Spitäler vorhanden, ausser der Einrichtung des Winterthurer Spitals für chronisch Kranke.

Prof. *Horner* hebt hervor, dass es sich bei einer Statistik der Spitalgänger hauptsächlich um die Ermittelung derjenigen Personen handeln müsse, welche nicht Familien angehören. Die Behauptung, die Errichtung eines neuen Spitals für acute Fälle sei nöthig, weil der Cantonsspital nicht genüge, ist unrichtig. Dagegen ist sicher, dass die Errichtung von dem Cantonsspital coordinirten Spitälern der Universität schadet. Es ist geradezu die Sentimentalität, welche die heutigen Spitalzustände geschaffen hat. Die Patienten suchen vorzugsweise diejenigen Spitäler auf, in denen kein klinischer Unterricht ertheilt wird. Im Gegensatz zum Referenten stellt Redner folgende 2 Thesen auf:

1) Der Cantonsspital mit den nöthigen Veränderungen genügt dem Bedürfniss nach Verpflegung acut Erkrankter.

2) Die Schädigung der Universität durch coordinirte Spitäler ist eine ganz bedeutende. Die Nothwendigkeit von Versorgungshäusern ist evident.

An diesem Punct wurde die Discussion vertagt und als nächster Versammlungsort Zürich bezeichnet.

Auf das Gesuch des Herrn Dr. *Sigg*, die Gesellschaft möge eine Petition für einen Beitrag an die Kosten einer Zählung der Verpflegungsbedürftigen im Canton richten, wurde vorläufig nicht eingetreten, bis die Grenzen und die Art und Weise einer solchen Zählung näher bestimmt sind.

Referate und Kritiken.

Handbuch der gesammten Arzneimittellehre.

Von Prof. Dr. *Th. Husemann.* Zweite, umgearbeitete Auflage. In zwei Bänden. Berlin, Julius Springer, 1883.

Zugleich mit dem Inkrafttreten der Pharmacopœa Germanica wurde die erste Auflage von *Husemann*'s Arzneimittellehre publicirt, — ein medicinischer Commentar zu derselben, wie Verfasser sagt, — und keine Zeit hätte besser passen können, als das Erscheinen der Editio altera der Reichspharmacopœ, um nun auch den Commentar in zweiter Auflage auszugeben.

Wir hatten bei Gelegenheit des ersten Erscheinens des Buches (1874 und 1875) in dieser Zeitschrift eine ausführliche Besprechung erscheinen lassen und dabei die Vorzüge betont, die das Werk in so trefflicher Weise auszeichnen. Wir wollen deshalb nicht nochmals den Raum so ungebührlich in Anspruch nehmen, dürfen uns wohl auch bei Besprechung einer 2. Auflage etwas kürzer fassen.

Vor Allem zeichnet sich das Werk vor fast allen Bearbeitungen der Materia medica durch seine Vollständigkeit aus, indem es die gesammten Zweige der Arzneimittellehre zur Darstellung bringt, namentlich eine allgemeine Einführung in die Pharmakodynamik und eine allgemeine Arzneiverordnungslehre enthält, ebenso die pharmakognostische Charakteristik der einzelnen Mittel, welche von manchen neuern Autoren verschmäht werden. Im Grossen und Ganzen ist das Buch ziemlich ausführlich angelegt; um die Uebersicht zu erleichtern, ist im allgemeinen wie im speciellen Theile das Wichtigere in normalgrossem Drucke, die Ausführungen, Recepte etc. dagegen in feinem Drucke ausgeführt; namentlich sind die Beschreibungen aller im speciellen Theile vorkommenden, nicht in die Pharmacopœ aufgenommenen Arzneien feingedruckt. Der feine Druck ist viel häufiger

verwendet als in der 1. Auflage, und wesentlich hierauf beruht es, dass trotz der Aufnahme vieles Neuen das Buch nicht voluminöser geworden ist.

Das Werk beginnt mit einem allgemeinen Theil, der namentlich die allgemeine Pharmakodynamik und die allgemeine Arzneiverordnungslehre behandelt. Bezüglich letzterer darf hervorgehoben werden, dass die Anpassung der Recepte an's Decimalgewicht im Gegensatz zur 1. Auflage einen bedeutenden Fortschritt aufzuweisen hat; die Anwendung des Grammgewichts war eben damals noch neu gewesen. Ebenso wendet der Verfasser jetzt statt der abgekürzten Buchstaben commirte Zahlen zur Bezeichnung des Gewichts in den Recepten an, dem allgemein geübten Gebrauch huldigend. Mehrfach störend hingegen ist uns der schon früher gerügte Schreibfehler: Recipe — vitelli ovi unius — u. a. m. gewesen.

Die Classification ist die alte geblieben und trägt wesentlich den practischen Bedürfnissen Rechnung: ein auf physiologisch-therapeutische Grundsätze gestütztes pharmacologisches System. Gestrichen worden sind die Ptarmica. Aus der Unterordnung Encephalica sedativa ist eine neue Ordnung entstanden: Neurotica cerebrospinalia. Eine fernere neue Ordnung, die Neurotica vasomotoria, enthält Amylnitrit und Spir. ætheris chlorati (früher unter den Anæsthetica eingereiht). Jedes System ist eben vergänglich und wankend, die Hauptanwendung einer Arznei wird zu einer Zeit für dies Leiden, zu einer andern für jenes Leiden vorgezogen, sie kommt geradeswegs in die Mode; so findet z. B. das Natriumbenzoat in der 1. Auflage bei den Nephrica litholythica, in der 2. bei den Antiseptica seinen Platz.

Im speciellen Theile erhalten die officinellen Stoffe eine ausführlichere, die nicht officinellen eine untergeordnete Besprechung. Als Grundlage zum natürlichen Aufbau des Gebäudes dient die zweite Auflage der Reichspharmacopœ. Einige alte Arzneimittel treten in den Hintergrund, mehr noch kommen zu weiterer Geltung (Paraffin, Jodoform, Apomorphin, Pyrogallussäure, Jaborandi u. s. w.) oder treten ganz frisch in's Leben (die Salicylpräparate, Chrysarobin, Naphthalin, Naphthol, Dihydroxylbenzol, Cort. Quebracho etc.). Ohne viel in's Einzelne eingehen zu können, da bei der Fülle des Materials dies unmöglich ist, mögen vielleicht einige Notizen am Platze sein. Extractum filicis empfiehlt Verfasser zu 2,0—6,0; *C. Ph. Falck* setzt die Gesammttagesgabe zu 5,0 an; neuerdings aber wird es in viel grössern Dosen verbraucht, z. B. von *Parona* in Dosen von 15,0 bis 30,0, wonach er aber leichte, *Menche* jedoch schwere, indess bald vorübergehende Albuminurie beobachtete, so dass es nicht gerathen sein dürfte, solche Dosen einige Male zu wiederholen. Dabei wäre es noch als souveränes Heilmittel gegen Anchylostomum duodenale zu notiren, das jetzt auch als in Deutschland eingebürgert anzusehen ist. — Der Gebrauch des Balsamum peruvianum bei der Krätzcur scheint bis jetzt keine Gefahren, wohl aber viele Vortheile gehabt zu haben. Um so mehr verdient ein Todesfall zur Kenntniss gebracht werden zu müssen, dem ein $^1/_2$jähriger Knabe zum Opfer fiel. Derselbe bekam 4 Stunden nach der gegen Scabies gebrauchten Einreibung der gewöhnlichen unbedeutenden Menge dieses Balsams plötzlich Collaps und starb noch am gleichen Tage. Die Section ergab starke Hæmorrhagie in den Bronchien, Nieren, Darm, Magen und Pia mater. (Wir erlaubten uns diese Anmerkung aus dem Jahresbericht des Basler Kinderspitals über 1882, da solche Berichte keine grosse Verbreitung zu finden pflegen. Noch vor einem halben Säculum hätte man hier einen Fall von ächter Krätzmetastase gesehen.) — Beim Sapo kalinus venalis — so lautet jetzt der officinelle Titel der Schmierseife auch in Deutschland — wäre die *Kapesser*'sche Schmiercur gegen Drüsenschwellungen, die *Senator* auch bei Exsudaten seröser Cavitäten erprobte, noch nachzutragen. Ebenso die Anwendung der *Kern*'schen Cataplasmen gegen Lymphosarcome. — Der Abschnitt Antiseptica enthält in Einem Capitel Salicylsäure und salicylsaures Natrium. Diese beiden Präparate entwickeln gegenüber den menschlichen Geweben einige gleiche, aber auch viele differente Eigenschaften, so dass nicht abzusehen ist, warum die Säure nicht bei den Antiseptica, das Salz nicht bei den Antipyretica abgehandelt worden ist; wird jenes doch kaum mehr als Antipyreticum, dieses nie als Antisepticum verwendet. Die Trennung dieser chemisch zusammengehörenden Verbindungen dürfte Verfasser mit demselben Rechte vornehmen, mit dem er Ferrum sulfuricum crudum bei den Antiseptica, Ferrum sulfuricum dagegen bei den Plastica einreiht. So lange Chinin und Natrium salicylicum getrennt bleiben, ist auch absolut nicht einzusehen, warum Apomorphin, das doch sicher



durch directe Reizung des Brechcentrums in der Medulla oblongata wirkt, seinen Platz nicht unter den Neurotica, sondern unter den Stomacherethistica neben Tartarus stib. und Rad. ipecac. findet. — Eigentlich vermisst haben wir einiges Nähere über Unguentum Paraffini (Vaselin), dem leider nur einige wenige Zeilen gewidmet sind.

Dass der Verfasser sein Werk nicht nur der 2. Auflage der Pharmacopœ adaptirt, sondern überhaupt der Neuzeit entsprechend auf die Höhe gebracht und somit ein richtiges Bild unserer jetzigen Kenntnisse gezeichnet hat, braucht wohl kaum besonders hervorgehoben zu werden. Ebenso selbstverständlich ist, dass bei der ungeheuern Fülle des Materiales und bei den Widersprüchen vieler Forscher vieles nur compilatorisch notirt werden konnte, wie dies wohl in einem Handbuche kaum anders möglich ist. Schon durch die Classification nach einem pharmacologischen System ist ersichtlich, dass sich das Buch wesentlich an die practischen Aerzte wendet, denen wir es auch zur Benützung warm empfehlen möchten. Der Verleger hat das Werk in jeder Hinsicht recht hübsch ausgestattet. *Dan. Bernoulli.*

Le Peroxyde d'hydrogène dans la thérapeutique oculaire.

Par le Dr. *E. Landolt* (Paris).

(23 p. Extr. des Archives d'ophthalmologie. Sept.—Oct. 1882.)

Verf. wendet seit längerer Zeit das Wasserstoff-Superoxyd in gewissen Augenkrankheiten an und erhielt davon sehr günstige antiseptische Wirkungen. Die durch Einwirkung verdünnter SO^3 auf reines Baryum-Superoxyd-Hydrat erhaltene Lösung enthält 3% H^2O^2, eine für ärztliche Zwecke genügende Concentration. Nach ausführlicher Angabe der chemischen Eigenschaften des H^2O^2 und seinen von verschiedenen Autoren (*Stöhr*, *P. Bert*, *Regnard* etc.) untersuchten Wirkungen auf thierische Substanzen, namentlich seinen gährungswidrigen, d. h. pilztödtenden Wirkungen, welche denen des reinen O unter hohem Drucke analog sind, sowie der physiologischen Versuche, geht Verf. auf die therapeutische Anwendung über.

Ganz neuerlich wurde die H^2O^2-Lösung von *Péan* als chirurgisches Antisepticum sehr angepriesen, und sogar dem Alcohol und der Carbolsäure an die Seite gestellt. *Landolt* rühmt die Heilwirkung der Einträufelungen resp. Einspritzungen von H^2O^2 bei eitrigen Bindehautentzündungen, selbst gonorrhoischen Ursprungs, bei infiltrirten Hornhautgeschwüren, Ulcus serpens s. infectiosum Corneæ (neben Spaltung und Eserin), Eiterungen der Thränenwege (mit oder ohne Knochenleiden) und erwähnt einige überzeugende Fälle. Bei Berührung der Schleimhaut und ihres Secrets entwickelt sich aus der H^2O^2-Lösung in feinen Bläschen freiwerdender O, durch welchen die Secretion rasch aseptisch gemacht, die Eiterbildung auffallend vermindert und der Rückgang der Entzündung sehr beschleunigt wird. Ueber die Verwendung des H^2O^2 zu antiseptischen Augenverbänden und gegen Wundeiterung nach Operationen wird *L.* später berichten. Es ist wichtig, das Mittel nur in chemischer Reinheit und in bestimmter Concentration zu gebrauchen, was man durch mehrere, vom Verf. angegebene, einfache Reactionen feststellt.

Haltenhoff.

Die moderne Radicaloperation der Unterleibsbrüche.

Von Dr. *H. Leisrink*, Oberarzt des israelit. Krankenhauses zu Hamburg.

Hamburg und Leipzig, Leopold Voss.

Die vorliegende statistische Arbeit erhält dadurch einen besondern Werth, dass sie uns zum ersten Mal ein wirklich bedeutendes Material vorführt. Dasselbe, im Ganzen 390 Fälle, gehört ganz der antiseptischen Zeit an und setzt uns in den Stand, an Hand der Statistik zu beurtheilen, inwiefern die Antiseptik unsern Standpunct der Radicaloperation der Brüche gegenüber verändert resp. verbessert hat. Die nicht eingeklemmten (202) und die eingeklemmten (188) Brüche werden gesondert behandelt, was wir bei der doch grundsätzlich verschiedenen Stellung beider zur Radicaloperation der Arbeit als wesentlichen Vorzug anrechnen. Die Mortalität berechnet sich bei den ersteren auf $7^2/_5\%$ ($4^1/_2\%$ Sepsis), bei letzteren auf $17^2/_3\%$ ($3^1/_6\%$ Sepsis). Dies Resultat bestimmt den Verfasser, die Indicationen für die Radicaloperation bei nicht eingeklemmten Brüchen in Uebereinstimmung wohl mit den meisten Chirurgen auf solche zu beschränken, die verwachsen oder sonst nicht zurückzuhalten oder schmerzhaft sind, kurz auf Brüche, welche

ihre Träger invalide machen, wobei er überdies auf Grund der Statistik das hohe Alter und die ersten Jugendjahre ausschliesst. Dagegen sollen die eingeklemmten Brüche anlässlich der Herniotomie in der Regel auch der Radicaloperation unterworfen werden, da dies keine weitere Gefahr bedingt. Die hohe Sterblichkeitsziffer bei diesen letztern ist natürlich nicht auf Rechnung der Radicaloperation zu setzen und steht übrigens weit unter derjenigen der vorantiseptischen einfachen Herniotomie. Der Wundverlauf und die Heilungsdauer stellen sich bei den eingeklemmten Brüchen merkwürdiger Weise besser als bei den nicht eingeklemmten, was wohl nur dadurch zu erklären, dass von den erstern relativ viel weniger veröffentlicht wurden.

Recidive zeigten sich bei den nicht eingeklemmten in 20%, bei den eingeklemmten in $8^1/_2$% der Fälle. Die Zahl derselben würde wahrscheinlich noch bedeutender ausfallen, wenn für viele Fälle die Beobachtungszeit länger wäre. In der That hält der Verfasser eine wirkliche Radicalheilung des Bruchs für eine Seltenheit, hebt aber mit Recht hervor, dass der Schwerpunct für die Beurtheilung der Zulässigkeit der Operation nicht darin liege, ob Recidive vermieden wurden oder nicht, sondern darin, dass laut Statistik ganz in der Regel wesentliche Besserung der enormen Beschwerden erzielt und die Patienten wieder arbeitsfähig gemacht wurden. Das seltenere Auftreten von Recidiven bei den eingeklemmten Brüchen erkläre sich vielleicht „aus der Einklemmung und dem dadurch hervorgerufenen grössern Blutzufluss resp. verminderten Abfluss". (Sollte hiefür nicht wesentlicher sein, dass Brüche mit enger Bruchpforte häufiger Anlass zur Einklemmung geben und dass andererseits nicht eingeklemmte Brüche gerade wegen weiter Bruchpforte und z. Th. dadurch bedingter Unzulänglichkeit eines Bruchbandes zur Radicaloperation kommen? Ref.)

Den Schluss der sehr verdankenswerthen Arbeit bildet eine Kritik der Operationsmethoden. Als beste Methode aus theoretischen und statistischen Gründen wird diejenige von *Socin* u. A. bezeichnet: Ligatur des Bruchsackhalses nach starkem Anziehen des Sackes, Entfernung des letztern. Dazu eventuell Naht der Bruchpforte, an deren Stelle für Leistenhernien die *Riesel*'sche Methode der Anfrischung und partiellen Naht des Leistencanals tritt. *Fritzsche.*

Ueber einen Fall von Epithelioma molluscum (Virchow) universale und das Wesen der Geschwulstform speciell.

Von Prof. *Ed. Geber* in Klausenburg.

Separatabdruck aus der Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis. 1882. S. 403.

Interpapilläre Retezapfen vergrössern sich, wachsen selbst sprossenförmig aus, und ihre gehäuften Zellen verfallen der hyalinen Degeneration. So, nicht von den Follikeln aus, entstehen die eigenthümlichen Molluscumkörperchen und Molluscumgeschwülste. Veranlassung zum Vorgange gibt eine besondere Disposition der Haut, und in einer Anzahl von Fällen überdies örtlich reizende Einwirkungen. Nie aber ist Contagiosität die Ursache. Daher wird die *Bateman*'sche Bezeichnung Molluscum contagiosum fallen gelassen und *Virchow*'s „Epithelioma molluscum" als Name vorgezogen. *Seitz.*

Cantonale Correspondenzen.

Briefe von der deutschen Ausstellung für Hygieine und Rettungswesen.

Von Dr. *Gustav Custer* in Rheineck.

VI.

Sehr hübsch und reichlich bedacht ist das Capitel Hautpflege von Schwamm, Seife, Frottirtuch bis zur hochfeinen Zimmerbadeeinrichtung. Auch giftfreie, von Theatergrössen empfohlene Theaterschminken und Puder finden Interessenten. Eine Unmasse der verschiedensten Brausen und Badewannen mit angehängten Badeöfen, Modelle und Pläne von Bade- und Schwemmanstalten, billigen Volksbädern, Doucheeinrichtungen ermahnen die Besucher an emsigere Pflege der stiefmütterlich behandelten Haut, zu deren Verweichlichung gerade der Wollenfanatismus noch mehr beitragen wird. Neben den älteren Systemen der Badeöfen mit separatem Ofen und Wanne ist ein solcher von Batzke



in Berlin ausgestellt, bei welchem die Heizung vom unteren Raum der Wanne aus geschieht; ein kupferner Wärmkörper findet sich in der letztern selber.

Wie Hervorragendes in manchen deutschen, zumal industriellen Städten für Reinigung, hygieinische Pflege der Haut und damit gleichzeitig des ganzen in ihr steckenden Menschen nach Körper und Geist geleistet wird, beweist z. B. die brillante Badeanstalt in der Fabrikstadt Barmen, in welcher für männliche und weibliche Personen das ganze Jahr hindurch besondere Schwimmbassins neben Wannenbädern eingeführt sind. An zwei Abenden jeder Woche steht die Schwimmanstalt von 6—10 Uhr offen zum Preise von nur 10 Pfennigen; an einzelnen Abenden baden bis auf 1500 hautfreundliche Individuen. In der Wasch- und Badeanstalt zu Altona ist eine grosse Schwimmhalle mit Douche. Ein Schwimmlehrer und eine Lehrerin ertheilen Unterricht. Auch in den Fabriketablissements Grossindustrieller in manchen Gegenden Deutschlands ist durch Einrichtung von Badegelegenheit in wohlthätigster Weise für die Arbeiterclasse gesorgt. Eine sehr glückliche Idee, selbst den weitesten Kreisen die Möglichkeit einer regelmässigen, gründlichen und billigen Hautreinigung vor Augen zu führen, ist die unter freiem Himmel in einem sehr bescheidenen Häuschen von Wellblech untergebrachte Volksdouche. In dieser für den unbemittelten Mann bestimmten Anstalt hat man Gelegenheit zum Genusse einer Brause aus warmem und kaltem Wasser für die kleine Ausgabe von 10 Pfg. sammt einem allerdings etwas homöopathisch dosirten Stückchen Seife und Handtuch; den Rest des ersteren darf man überdies behalten. Treten wir in das euphemistisch „Volksbad“ betitelte Häuschen ein, sowohl um unsere Neugierde als die Bedürfnisse der vermehrten Ausstellungsbesichtigungsschweiss producirenden Haut zu befriedigen, so finden wir durch eine Längswand getrennt eine Männer- und Frauenabtheilung aus je fünf mittelst Schieferwänden von einander abgeschlossenen Zellen bestehend. Diese müssen gleichzeitig als Auskleideraum dienen. Die Kleider werden während der Procedur durch einen wasserdichten Gummivorhang geschützt. Ein in seiner Temperatur genau geregeltes Warmwasserreservoir speist die Douchen; für jede Abtheilung findet man ein Wassercloset. Die Beleuchtung geschieht tagsüber durch Seiten- und Oberlicht, Abends mittels Gas. Diese allerdings primitive und durch ihre engen Räumlichkeiten Manchem etwas unbehagliche Reinigungsanstalt erfreut sich regen Besuches von Seiten des Publicums, wobei die Neugierde allerdings oft mehr antreibt als das Bedürfniss, die allgemeine Decke zu douchen und mit dem *Liebig*'schen Culturbarometer zu behandeln. In den Pfingstfeiertagen wurde die Volksdouche von mehr als 400 Personen benützt; nur $^1/_7$ davon gehörte dem schönen Geschlechte an. Wie ich hörte, wird beabsichtigt, wenn die ganze Einrichtung Anklang findet, 60 derartige Douchenhäuschen in Berlin zu erstellen, damit der Haut namentlich bei den ärmern und angestrengt im Schweisse arbeitenden Classen durch regelmässige Wasser- und Seifenbehandlung wieder etwas mehr Porenöffnung zu Theil werde. Es würde eine solche Verallgemeinerung billiger, leicht zu erstellender Volksreinigungsinstitute auf Wohlbefinden, Gesundheit und Reinlichkeitssinn auch für andere Lebensseiten als nur für bessere hygieinische Praxis bei den meisten Bevölkerungsschichten einen sehr wohlthätigen Einfluss ausüben. Man dürfte die Einrichtung vielleicht auch noch etwas comfortabler machen und den Preis dementsprechend um ein Geringes erhöhen, ohne dass die Frequenz dadurch sehr erheblich abgeschwächt würde. Für gänzlich Arme hätten die humanitären Vereine, Gemeindeverwaltungen in der Unterstützung für Bade- und Hautpflegeangelegenheit ein in gesundheitlicher und cultureller Beziehung dankbares Wirkungsfeld. Jedenfalls ist das Experiment, wenngleich in anderer Form practisch verwerthet, ein sehr beachtenswerthes.

Zu der Gruppe humanitäre Anstalten gehören Zeichnungen und Modelle über Findel- und Waisenhäuser, Säuglingskrippen und Kleinkinderbewahranstalten, Berichte von Kinderschutzvereinen, Asylen für Obdachlose, Wärmstuben, Alterversorgungsanstalten. Es lässt sich hier auch noch die in Gruppe 12 untergebrachte Sammlung von Anschauungsmaterialien über Krankenpflege- und Diaconissenanstalten für Erwachsene und Kinder, sowie das in Deutschland festen Boden gefasste Institut der Kinderferiencolonien aufführen.

Vom Berliner Verein für Obdachlose sind Modelle über die in der Stadt bestehenden zwei Asyle für Männer und Frauen ausgestellt. Es bestehen in der Anstalt ein besonderer Wasch- und Baderaum, erleuchtete und im Winter gehörig erwärmte Schlafsääle



mit Wasserleitung. In jedem Asyl ist eine Hausapotheke. Allabendlich werden die Schlafsääle sowie die angrenzenden Closets mit einer concentrirten Lösung von Carbolsäure möglichst gründlich desinficirt. Für ausreichenden Luftwechsel besteht eine besondere Ventilationsanlage. In Verbindung mit der Badeanstalt steht ein Desinfectionsofen, um die Kleider und Wäsche der Badenden von Ungeziefer etc. zu befreien.

Wie segenreich der anno 1869 gegründete Berliner Kinderschutzverein wirkt, beweisen seine statistischen Nachweise. In's Leben gerufen zum Zwecke, die durch Mangel an gehöriger Pflege namentlich unter den verkostgeldeten Kindern hervorgerufene übergrosse Sterblichkeit zu bekämpfen, bewirkt er durch gehörige Bewachung und Unterbringung namentlich der im Säuglingsalter befindlichen Abkömmlinge der armen Stadtbevölkerung bei bewährten Pflegemüttern, dass die Mortalität der strenge controlirten Pfleglinge seit längerem stets geringer ist als bei Kindern gleichen Alters in besseren Ständen Berlins. Wie anregend sollten derartige auch an anderen Orten Deutschlands gemachte Erfahrungen wirken, um endlich einmal den Schutz der armen unehelichen und ehelichen Kostkinder bei uns, wo in manchen Cantonen (z. B. St. Gallen) sehr grelle einschlägige Missstände existiren, durch Mitwirkung von Sanitätspolizei und Privathülfe herbeizuführen!

Die auch in Deutschland in reger Weise geförderte Gefängnisshygieine (wir erinnern nur an die Arbeiten von Dr. *Bär*) weist eingehende Zeichnungen und plastische Darstellungen über die neueren sanitären Fortschritte in den bezüglichen Anstalten auf, wodurch die Aufenthalteräume für Gefangene, die früher deren Gesundheit und Leben in mannigfaltigster Weise schädigten, zu einem grossen Theile eine totale Reform erlitten haben, welche allerdings nicht selten die Beschuldigung übertriebener Humanität hervorrief. Eine geradezu grossartige Anlage und Durchführung auch nach sanitärer Hinsicht repräsentirt das Strafgefängniss am Plötzensee bei Berlin mit vorzüglichen Ventilationseinrichtungen, Wasserleitung für Closets, Pissoirs, Wasch- und Baderäume, Rieselfeldern, deren Anlage sich vortrefflich bewährte und ein Vorläufer für die Lösung der Berliner Canalisationsfrage geworden ist.

Die Gruppen 8—6 beschlagen die Gebiete über Pflege der Mutter und des Neugeborenen, die Sorge für das körperliche und geistige Gedeihen des Kindes in Familie und Schule durch Unterricht und Gymnastik. Ausser Betten, Stühlen und Wagen für Kinder sind besonders die künstlichen Ernährungsmittel des Säuglings in fast überreicher Vertretung vorhanden, so dass es einem beinahe graut vor der erfinderischen Chemie, welche die Mutterbrust, des Säuglings Talisman, immer mehr ausser Curs setzen hilft und der Surrogatwirthschaft einen wissenschaftlichen Nimbus zu verleihen strebt. Hübsch sind in einer Collectivausstellung die wichtigsten Präparate zur künstlichen, oft besser gesagt gekünstelten Kinderauffütterung gruppirt. Ueber das gegenüber der Kindermehlerei so wohlthuend berührende Bestreben in deutschen Städten, den Säuglingen möglichst tadellose Kuhmilch zu verschaffen, geben Pläne, bildliche Darstellungen und Berichte der Mustermilchwirthschaften rühmliches Zeugniss. Alles ist hier vertreten, von dem Trockenfutter der Kühe bis zu den verschiedenen Milchsorten je nach Melkzeit und bis zu den nothwendigen Instrumenten zur Milchanalyse. Besonders ausführlich legt der Stuttgarter Curmilchverein über seine Thätigkeit und vielfältigen Verdienste um Beschaffung vorzüglicher Kindermilch Rechenschaft ab. Es ist wirklich an der Zeit, der Phantasie, Reclame und Gewinnsucht der Kindernährmittelfabrikanten durch immer grössere Berücksichtigung guter Kuhmilch entgegenzutreten, die doch das „einzig legitime", natürlichste und zudem billigste Surrogat für die Frauenmilch ist und bleibt. Das Urtheil *Biedert's* in seinem trefflichen Buche über „Kinderernährung im Säuglingsalter" ist gewiss vollständig zutreffend und sollte allen Kindermehlerfindern und solchen, die es noch werden wollen, sowie sämmtlichen Müttern, denen das Glück natürlicher Aufziehung ihrer Sprösslinge aus einem wirklich stichhaltigen Grunde nicht möglich ist, in's Herz geschrieben werden: „Ein Stoff für künstliche Ernährung des Neugeborenen und Kindes im ersten Lebensjahr entspricht in gleicher Weise den Rücksichten des Preises und der Brauchbarkeit; derselbe ist so weit verbreitet, dass er nur selten einmal seinen Dienst versagen wird: die Kuhmilch! —

Grosses Interesse gewährt auch die schulhygieinische Ausstellung, welche sowohl auf die sanitären Einrichtungen der Schule, als auf die Gesundheitspflege des



Unterrichts und die Gymnastik die nothwendige Rücksicht nimmt. Es sind dabei auch das vorschulpflichtige Alter durch reichhaltige Sammlungen von Unterrichtsmaterial nach Fröbel'schen Principien, sowie, was besonders zu begrüssen ist, die Bedürfnisse des Schulkindes zu Hause in Beziehung auf rationelle und körpergerechte Sitze und Tische herangezogen worden. Wer beobachtet, und die Gelegenheit dazu bietet sich täglich, unter was für gesundheitswidrigen Verhältnissen bezüglich Mobiliar (behufs Ausarbeitung der oft viel zu zahlreichen Hausaufgaben), Beleuchtung, Lüftung die Kinder zu Hause thätig sind, wie es geradezu eine Seltenheit ist, in einer Familie ein hygieinisch vollständig zweckentsprechendes Möbel zu finden, an welchem das Kind für die Schule schreiben und zeichnen könnte, der muss es als eine grosse Einseitigkeit betrachten, für Alles und Jedes nur die Schule verantwortlich zu machen, und von Schulkrankheiten zu sprechen. Er wird es deshalb begrüssen, dass gerade die deutsche Ausstellung Gelegenheit gibt, sehr gute Haussubsellien (Kinderpulte und Familienschulbänke) zu sehen. Meist sind dieselben verstellbar und tragen so dem Wachsthum des Kindes Rechnung. Ein besonders practisch und elegant gearbeitetes Kindersubsell für Hauszwecke ist dasjenige von Hermann in Berlin (Lindenstrasse): dasselbe hat eine Schiebetischplatte, ein in zwei Entfernungen aufstellbares Lesepult, festes Fussbrett und kann in seinen Höhedimensionen je nach Alter des Kindes verändert werden. Im Freien sind zwei auf die Zukunftsschulhygieine Bezug nehmende, sehr beachtenswerthe Specialitäten, nämlich ein allerdings in sehr bescheidenem Umfange gehaltener Schulgarten und eine Schulbarake. Der erstere bringt in sechs Beeten die wichtigsten Nährpflanzen (Getreidearten, Gemüse), sowie die technisch und officinell bedeutendsten Vegetabilien zur Anschauung, wie dies bei jeder noch so einfachen Volksschule sehr leicht und mit grossem Nutzen für Kenntnisse in der angewandten Botanik, für Landwirthschaft und Ernährungslehre mit Bezug auf Pflanzenkost eingeführt werden könnte. Dadurch würde der naturkundliche Unterricht zu einem für das practische Leben und die Familie erspriesslicheren gemacht als dies bisher vielfach geschieht. Eine Sammlung getrockneter Schwämme, welche die natürliche Farbe möglichst unversehrt beibehalten haben, gibt eine hübsche Ergänzung des Schulgartens, da gerade die Lehre über die Verwendbarkeit der so billig zu bekommenden und nahrhaften, essbaren Schwämme in vielen Theilen der Schweiz so gut wie unbekannt ist Die einen sehr günstigen Eindruck machende Schulbarake ist unter der Aegide des um die Schulgesundheitspflege sehr verdienten Pädiatrikers Dr. *Baginsky* in Berlin hergerichtet worden. Da vielleicht auch auf dem Gebiete der Schulbauten mit der Zeit eine Reform in dem Sinne der Vereinfachung und der Decentralisation in gleicher Weise wie bei dem Hospitalbauwesen eintritt, so beansprucht eine derartige Schulbarakenconstruction ein um so intensiveres Interesse des Hygieinikers, Architecten und Pädagogen *Geigel* sagt in seinem philosophisch gehaltenen Werke über öffentliche Gesundheitspflege (3. Auflage): „Es dürfte auch auf dem Gebiete der Schulhygieine sowohl im Interesse der sprichwörtlich schlechten Luft in den Schulen, wie von höherem Standpunct wahrhaft sanitarisch geregelter Pädagogik aus mit dem bisherigen Kasernirungswesen der Schule nach Maassgabe der flüssig werdenden Mittel vollständig gebrochen werden müssen, wenn gründlich geholfen werden soll. Es wäre in jeder Beziehung zweckmässiger, statt architectonisch imposanter Hochbauten, das Pavillonbarakensystem auch für die Schule zu wiederholen." Die ausgestellte Schulbarake ist ein Fachwerkbau von Backsteinen und Holzbalken, für 80 Kinder eingerichtet, bekommt einseitiges Licht von links und besteht auf der Lichtseite fast nur aus Glas. Die obern Fensterflügel sind klappbar, die Abfuhr schlechter Luft besorgen Oeffnungen oben an der Wand. Die Heizung geschieht mittelst Warmwasserröhren, wie in den neueren Berliner Gemeindeschulen. In Berlin ist auch bereits in grösserem Maassstabe ein Versuch mit dem neuen System durch eine Schulbarake gemacht worden, die 10 Zimmer für je 60 Schüler enthielt. Es besteht dieselbe aus einem Holzgerippe mit Mauerwerk und in den Zwischenwänden befindlichen Luftsteinen. Das Podium ist einige Fuss hoch über dem mit einer Cementschicht isolirten Fussboden erhaben, und es befindet sich unter dem ganzen Gebäude ein der Ventilation sehr ausgiebig dienender Luftraum. Die Fenster sind ausserordentlich breit und hoch; das Licht hat deshalb sehr reichlichen Zutritt und die Binnenatmosphäre soll in diesem luftigen Bau besser sein als sie je zur Zeit des Unterrichts in einem anderen mit künstlichem Ventilationssysteme versehenen Berliner Schulgebäude ge-



funden wurde. *Baginsky* sagt nicht mit Unrecht, dass laut den gemachten Erfahrungen der Barakenbau für die Schulen namentlich kleinerer Städte oder Dörfer durchaus nicht abzuweisen sei, wenigstens könne die Hygieine sich mit ihm vollständig befreunden. Von weiterem schulhygieinischem Interesse sind die Normalfedern von Sönnecken in Bonn, welche es ermöglichen sollen, bei rechtsschiefer Schrift dennoch senkrecht zu sitzen, Schreibfedern aus Gummi, welche weich wie Gänsefedern zu handhaben sind, Geradehalter und Schreibstützen, Kurzsichtigkeitstabellen von *Cohn*, eine reiche Sammlung von Turngeräthen, zu deren practischer Verwerthung auf einem schönen Rasenplatz im Freien Gelegenheit geboten ist.

Wochenbericht.

Ausland.

Amerika. Gesetzgebung im Sanitätswesen. Treibt irgendwo bei uns die Frage der Freigebung der Ausübung der Heilkunde ihr Unwesen, so wird immer Amerika, das „Land der Freiheit" als Vorbild citirt. Dass aber auch dort sich die bessere Einsicht Bahn bricht, zeigt uns das neue Medicinalgesetz für Missouri, das soeben über die Praxis der Medicin- und Wundarzneikunst in Kraft getreten ist; seine Bestimmungen sind folgende:

Art. 1. Jede Person, welche als Arzt oder Wundarzt practiciren will, muss die durch diese Acte verlangten Befähigungen besitzen. Alle Personen, welche ihr Examen passirt haben, sollen ihre Diplome dem Staatsgesundheitsrath zur Bestätigung vorlegen. Ist der Applicant derjenige, welcher in dem Diplom beschrieben ist, dann soll der Gesundheitsrath ein Certificat, welches von wenigstens 4 seiner Mitglieder unterzeichnet ist, ausfertigen, welches Certificat, verbunden mit dem Diplom, den Inhaber zur Praxis in diesem Staat ermächtigt. Hat der Practicirende kein Examen gemacht, so muss er von dem Staatsgesundheitsrath examinirt werden, und es soll ihm ein Certificat ausgestellt werden, im Fall er das Examen befriedigend bestanden hat, welches ihn zum Genuss aller obenbenannten Gerechtsame berechtigt.

Art. 2. Der Staatsgesundheitsrath soll allen denen, welche gültige Beweise liefern, dass sie Diplome oder Licenzen von gesetzlich etablirten medicinischen Instituten besitzen, ohne Unterschied der Schule oder des medicinischen Systems, Certificate ertheilen. Es soll eine Form geben für solche, welche Diplome schon besitzen, und eine andere für diejenigen, welche von dem Board examinirt werden. Auch sollen den verschiedenen County-Clercs Copien der ausgefertigten Certificate zugestellt werden. Vorausgesetzt jedoch, dass der Gesundheitsrath keinen Unterschied wegen der medicinischen Doctrinen bei den Besitzern ächter Licenzen oder Diplome machen darf.

Art. 3. Die Diplome sollen untersucht werden, ob sie ächt sind, und wenn dieselben so befunden werden, soll der Secretär des Gesundheitsraths einen Dollar und nicht mehr von jedem Applicanten empfangen; ist das Diplom jedoch betrügerisch, dann sollen Doll. 20 von einem solchen Applicanten collectirt werden. Diejenigen, welche ihr Examen passirt haben, können ihre Papiere mit der Post oder durch einen Stellvertreter einsenden.

Art. 4. Alle Personen ohne Diplome sollen direct durch den Gesundheitsrath examinirt werden, und dessen Certificate berechtigen dieselben zur Praxis im Staat Missouri.

Art. 5. Jeder, welcher ein Certificat vom Gesundheitsrath besitzt, soll dasselbe vom County-Clerc des County's, welches er bewohnt, registriren lassen, was auf dem Certificat notirt sein soll. Beim Wegziehen in ein anderes County muss das auf dem Certificat bemerkt werden, und der County-Clerc hat das Recht, die gesetzlichen Gebühren dafür zu verlangen.

Art. 6. Der County-Clerc soll correct Buch führen über alle Certificate und deren nähere Bestimmungen; auch soll dieser Record während der Geschäftsstunden dem Publicum zur Einsicht vorliegen.

Art. 7. Der Gesundheitsrath kann die Prüfungen theilweise oder ganz schriftlich vornehmen, doch müssen dieselben strikt genug sein, um die Fähigkeit des Applicanten darzuthun.

Art. 8. Der Gesundheitsrath kann wegen unprofessionellen oder unehrenhaften Betragens das Ausstellen von Certificaten verweigern oder widerrufen, nachdem dem Angeschuldigten Gelegenheit zur Vertheidigung gegeben war.

Art. 9. Nach dem Sinn dieser Acte ist ein Jeder, welcher für Kranke Recepte verschreibt, oder M. D. hinter seinen Namen setzt, ein practicirender Arzt. Doch sollen Studenten der Medicin unter Aufsicht eines Lehrers, oder Aerzte im Dienste der Ver. Staaten, in Nothfällen nicht am Practiciren verhindert werden.

Art. 10. Ein Jeder, welcher Heilmittel irgend welcher Art im Herumreisen oder schriftlich zum Verkauf anbietet, soll dem Staat eine monatliche Licens von Doll. 100 bezahlen, und wer diesem Gesetz zuwider handelt, soll eines Vergehens schuldig gehalten werden, und nach Ueberführung um Doll. 500 gestraft, oder zu 6 Monate County Jail verurtheilt werden, oder zu Geldstrafe und Gefängniss zugleich.

Art. 11. Ein Jeder, welcher in diesem Staat Medicin practicirt, ohne obigem Gesetze nachgekommen zu sein, soll um nicht weniger als Doll. 50, und nicht mehr als Doll. 500 gestraft, oder in der County-Jail nicht weniger als 30 und nicht mehr als 365 Tage eingesperrt werden, oder beides zugleich; und zwar für jedes einzelne Vergehen. Und ein Jeder, welcher irgend eine Fälschung als sein Certificat ausgibt, macht sich eines Verbrechens schuldig und wird demgemäss bestraft, jedoch sollen obige Strafbestimmungen auf Aerzte, welche schon seit 5 Jahren im Staate practiciren, keinen Bezug haben.

Art. 12. Wo immer in obigem Gesetz der County-Clerc genannt wird, so sind die nämlichen Functionen in St. Louis durch den City-Register oder Gesundheitscommissär zu besorgen.

Art. 13. Alle mit obigem im Widerspruch stehenden Gesetze oder Theile derselben sind hiermit für ungültig erklärt.

Das ist deutlich. Mögen es auch jene „Volksbeglücker“ verstehen, welche ihr Volk noch vor sich hat, die Missourier dagegen hinter sich wissen.

Berlin. Anleitung zur Desinfection. Der Polizeipräsident von Berlin hat soeben folgendes Circular betr. Desinfection erlassen, das zwar nichts wesentlich Neues enthält, dessen Publication uns aber im Hinblick auf die grosse practische Bedeutung dieser Frage indicirt erscheint:

..... I. Die Bereitung und Herstellung der Desinfectionsmittel.

Als Desinfectionsmittel dienen:

§ 2. Kaliseifenlauge. Diese wird bereitet, indem man 15 grmm. Kali- (schwarze oder Schmier-) Seife in 10 Liter lauwarmen Wassers auflöst.

§ 3. Carbollösung. Zur Herstellung einer wirksamen Carbollösung dient rohe 100-procentige Carbolsäure (acidum carbolicum depuratum), welche man in der 20fachen Menge lauwarmen Wassers durch viertelstündiges Rühren auflöst.

§ 4. Sublimatlösung. Dieselbe kommt bei den besonders bedrohlichen Ansteckungskrankheiten in Gebrauch und wird so zubereitet, dass von einer durch einen Arzt zu verschreibenden, sorgfältig als „Gift“ aufzubewahrenden stärkeren Lösung (1 : 1000) 1 Theil mit 5 Theilen kalten Wassers gemischt wird.

§ 5. Carbolnebel. Um einen Carbolnebel zu erzeugen, bedient man sich eines Gummiballonapparates, dessen Glasbehälter mit der in § 3 angegebenen Lösung gefüllt ist.

§ 6. Chlordampf. Zur Herstellung desselben überschüttet man eine entsprechende Menge Chlorkalk in einem flachen Steingutgefässe mit der gleichen Gewichtsmenge Salzsäure.

Für mittelgrosse Zimmer von 60 cbm. Luftraum ist ein Kilogramm Chlorkalk erforderlich.

§ 7. Lüftung. Dieselbe wird am leichtesten bewerkstelligt, indem man die Zimmerthüre, Fensterflügel und die Ofenthüre gleichzeitig öffnet.

§ 8. Trockene Hitze und Wasserdampf. Die Desinfection durch trockene Hitze und diejenige durch Wasserdampf wird in den auf polizeiliche Requisition zugänglichen Anstalten ausgeführt. So lange derartige besondere Desinfectionsanstalten nicht bestehen, müssen nicht waschbare Bekleidungsgegenstände dem Chlordampf, wie in §§ 6 und 23 beschrieben, ausgesetzt, wollene Decken heiss gewalkt, Betten in bisheriger Weise der



Reinigung in Bettfederreinigungs-Anstalten unterzogen und alle diese Gegenstände nachher längere Zeit gelüftet werden.

§ 9. Verbrennung. Die Verbrennung werthloser, noch zu bezeichnender Gegenstände (cfr. § 12 u. s. w.) wird, wenn dieselben klein sind, in Oefen oder Kochöfen vorgenommen; ist dies nicht angängig, so sind die Bestimmungen des Polizeireviers über die Art und Weise der Ausführung der Verbrennung einzuholen.

II. Die Ausführung der Desinfection in noch belegten, in zu räumenden und in geräumten Krankenzimmern.

1) In noch belegten Krankenräumen.

§ 10. Steht die Krankheit noch im Beginn, so ist darauf zu halten, dass, ausser den in jedem Falle im Krankenzimmer verbleibenden, zuletzt vom Kranken getragenen Kleidern, nur die nothwendigsten Gegenstände im Krankenzimmer belassen werden; von dem Kranken benutzte Wäschestücke und Geräthe dürfen von Anderen nicht in Gebrauch genommen werden.

§ 11. Alle vom Kranken benutzten und in Abgang kommenden Wäschestücke und Bettüberzüge sind, ohne zuvor geschüttelt und ausgestäubt zu werden, innerhalb des Krankenzimmers selbst, in hier bereit stehende Behälter mit Kaliseifenlauge (§ 2) zu legen, in diesen aus dem Zimmer zu schaffen und zur Wäsche zu geben.

§ 12. Bei dem Kranken in Benutzung gewesene Verbandstücke werden verbrannt; an ihm zur Anwendung gelangte Instrumente mit Carbollösung desinficirt.

§ 13. Alle Absonderungen des Kranken sind, soweit nicht im dritten Abschnitt für einzelne Krankheiten etwas Besonderes vorgeschrieben ist, in Gefässe aufzunehmen, die mit Kaliseifenlösung immer gefüllt gehalten werden müssen, und sofort den Abtritten zu überliefern. Die Sitzbretter derselben dürfen dabei nicht verunreinigt werden event sind dieselben sofort mit Kaliseifenlauge zu reinigen.

§ 14. Gegen üble Gerüche im Krankenzimmer sind nicht Räucherungen und wohlriechende Substanzen, sondern reichliche Lüftung anzuwenden; vor Allem aber sind möglichst alle Gegenstände aus dem Zimmer zu entfernen, von welchen jene Gerüche ausgehen.

§ 15. Speisen dürfen im Krankenzimmer nicht aufbewahrt werden. Alle mit dem Kranken in Berührung kommenden Personen müssen behufs Verhütung eigener Ansteckung im Krankenzimmer den Genuss von Speisen und Getränken unterlassen, beim Verlassen des Krankenraumes sich waschen und mit durch Carbolsäurelösung angefeuchteten Bürsten Haare (Bart) und Oberkleider reinigen.

2) Verfahren bei Räumung von Krankenzimmern.

a. Der Kranke selbst.

§ 16. Die Ueberführung eines Pocken-, Cholera- oder Flecktyphus-Kranken in ein Krankenhaus erfolgt in der Regel durch den polizeilichen Krankenwagen. Oeffentliche Fuhrwerke dürfen für derartige Kranke nicht benutzt, alle benutzten Fuhrwerke müssen alsbald desinficirt werden.

Der Ueberführung muss die Desinfection des Kranken und seiner Kleider durch einen starken Carbolnebel vorausgehen.

§ 17. Der genesene Kranke wird gebadet, wo aber ein Bad zu geben unmöglich ist, durch Abwaschen des ganzen Körpers mit Kaliseifenlauge gereinigt, reichlich mit lauem Wasser nachgewaschen und mit reiner Wäsche versehen. Seine während der Krankheit im Krankenraume aufbewahrten Kleider sind, bevor er sie wieder anlegt und das Zimmer bis nach erfolgter Desinfection desselben verlässt, nach § 8 zu behandeln.

§ 18. Leichen von Ansteckungskranken werden thunlichst bald aus den Wohnungen entfernt. Sie sind:

A. wenn es sich um Pocken, Diphtherie, Flecktyphus und Cholera handelt, in mit verdünnter Sublimatlösung (§ 4) getränkte und mit derselben feucht zu erhaltende Laken zu hüllen;

B. bei den übrigen Krankheiten in Leichentücher zu legen, welche mit Kaliseifenlösung getränkt sind.

Falls die Leiche länger als 24 Stunden im Hause bleiben muss, kann zur Vermeidung üblen Geruchs der Unterleib mit Tüchern bedeckt werden, die mit einer Mischung von 1 Theil Chlorkalk mit 4 Theilen Wasser getränkt worden sind.



b. Die Umgebung des Kranken.

§ 19. Die zuletzt getragenen waschbaren Kleidungsstücke, die Leib- und Bettwäsche werden vor der Wäsche, ohne sie irgendwie zu schütteln und auszustäuben:

A. bei Pocken, Diphtherie, Cholera, Flecktyphus, Milzbrand, Rotz und Wuthkrankheit in Tücher, welche mit der verdünnten Sublimatlösung (s. § 4) getränkt sind, zu Bündeln eingebunden, und unmittelbar in Kaliseifenlösung eine halbe Stunde lang gekocht;

B. bei den übrigen Krankheiten vorsichtig in mit Kaliseifenlösung getränkte Laken zusammengebündelt und baldmöglichst mit heissem Wasser sorgfältig ausgewaschen.

§ 20. Betten, Kissen, Matratzen, Decken, seidene Stoffe, Teppiche, Pelzwerk und nicht waschbare Bekleidungsgegenstände werden:

A. bei Pocken, Diphtherie, Cholera, Flecktyphus, Milzbrand, Rotz, Wuthkrankheit in mit Sublimatlösung getränkte Laken oder Tücher eingehüllt und der Desinfection nach § 8 ausgesetzt.

Bei Betten, Kissen, Matratzen und Decken wird die Inlage (Federn, Rosshaare, Watte) aus dem Ueberzuge entfernt und besonders event. in einer Anstalt gereinigt, bezw. ein werthloser Inhalt (Seegras, Häcksel) verbrannt.

B. Bei den übrigen Ansteckungskrankheiten werden die genannten Gegenstände in durch Kaliseifenlösung angefeuchtete Umhüllungen gelegt und der Desinfection durch trockene Hitze ausgesetzt (§ 8).

Lederne Gegenstände sind mit Kaliseifenlösung zu reinigen und mit Carbollösung abzuwaschen.

§ 21. Etwa noch vorgefundene Verbandreste und Abfälle sowie Bettstroh werden verbrannt.

3) Behandlung des geräumten Krankenzimmers.

§ 22. Fussböden, Wände (auch Tapeten), Decken, Fenster, Thüren, Möbel und Geräthschaften werden

A. bei den Pocken stets und bei Scharlach und Diphtherie, wo es polizeilich angeordnet wird, zuerst mit Tüchern, Schwämmen oder Bürsten, die mit der verdünnten Sublimatlösung getränkt sind, abgerieben. Auch tapezirte Wände sind in der bezeichneten Weise mittelst eines Kehrbesens oder Schwammes leicht abzuwischen.

Unmittelbar darnach werden die scheuerbaren Flächen und Gegenstände mit Kaliseifenlösung abgeseift.

Polstermöbel ohne polirte etc. Holzfassung sind wie Matratzen zu behandeln (vergl. § 20 A.).

B. Bei den übrigen Krankheiten genügt es, die genannten Flächen und Gegenstände mit Kaliseifenlösung feucht abzureiben und abzuwischen. Für tapezirte Wände genügt das Abwischen mittelst eines angefeuchteten Schwammes.

§ 23. Nachdem so jeder Gegenstand und jede Fläche im Krankenraum ihre besondere Behandlung erfahren haben, werden die Chlordämpfe nach § 6 entwickelt und die dazu erforderlichen Gefässe wegen der specifischen Schwere dieses Gases an mehreren erhöhten Puncten aufgestellt, während man Thüren und Fenster geschlossen hält.

Metallene Gegenstände, die nicht gut vorher zu entfernen sind, schützt man durch einen Ueberzug von Oel oder Lackfirniss vor der Einwirkung dieser Dämpfe.

§ 24. Nach 12 Stunden werden Thüren und Fenster geöffnet, um den Chlordampf durch einen kräftigen Luftzug zu verjagen oder nöthigenfalls durch aufgehängte, mit Salmiakgeist durchtränkte Lappen zu beseitigen.

III. Die Hauptpuncte der Desinfection bei den einzelnen Krankheiten.

§ 25. Bei den Pocken geschieht die Uebertragung hauptsächlich durch die Hautabgänge des Kranken, und zwar sowohl mittelst der dadurch verunreinigten Wäsche und Bettstücke, als auch durch unmittelbare Einathmung Seitens anderer Personen. Es sind deshalb die Wäschestücke besonders vorsichtig und schnell in die mit Flüssigkeit versehenen Behälter (§ 11) aufzunehmen. Die Luft des Krankenzimmers ist sehr oft zu erneuern und täglich mehrere Male mit Carbolnebel zu erfüllen.

Die Leichen und die Umgebungen der Kranken sind nach den Vorschriften sub A. der §§ 18, 19, 20 und 22 zu behandeln.

§ 26. Diphtherie (Croup). Die Ansteckungskeime, soweit sie von Kranken herrühren, werden in der Regel mittelst ausgehusteter oder ausgespieener Schleimmassen auf Wäsche-



oder Bettstücke (Handtücher!), aber auch auf Personen, die in sehr nahe Berührung mit der Athemluft der Kranken treten, unmittelbar übertragen. Fortschaffung und Reinigung der Wäsche sowie die Behandlung der Leichen und der näheren Umgebungen des Kranken geschehen nach dem Buchstaben A. der §§ 18, 19 und 20.

Die Desinfection des sonstigen Zimmerinhalts nach B. des § 22.

Es empfiehlt sich, den Urin der Diphtheriekranken in Gefässe mit Carbollösung aufzunehmen.

§ 27. Cholera. Die Uebertragungsweise der Cholera ist nicht sicher anzugeben. Doch liefern auch Cholerakranke unter Umständen Ansteckungsstoffe, die wahrscheinlich in ihren Darmentleerungen enthalten sind.

Räume, in welchen Cholerakranke liegen, müssen viel gelüftet und täglich mehrmals mit Carbolnebel erfüllt werden. Von dem Genuss von Speisen und Getränken in denselben ist dringend abzurathen, ebenso von Aufstellung von Speisen daselbst.

Die beschmutzte Wäsche, die Leichen, die sämmtlichen Umgebungen sind nach dem Buchstaben A. der §§ 18, 19, 20, 22 zu behandeln.

Die Entleerungen sind in mit unverdünnter Sublimatlösung zur Hälfte gefüllte Gefässe aufzunehmen.

Die Benutzung eines Closets Seitens Cholerakranker ist zu verbieten; hat sie dennoch stattgefunden (was thunlichst zu vermeiden ist), so muss dasselbe vor dem Gebrauch durch Gesunde längere Zeit gespült und der Closetsitz mit durch Sublimatlösung angefeuchtete Lappen abgerieben werden.

§ 28. Typhöse Krankheiten. Alle Arten von Typhus, sowohl der Unterleibs- und Rückfalltyphus als besonders der Flecktyphus sind von Kranken auf Gesunde übertragbar.

Bei Flecktyphus ist besonders viel zu lüften und täglich mehrmals Carbolnebel zu erzeugen. Die Behandlung der Wäsche, der Leichen und der Umgebung geschieht nach dem Buchstaben A. der §§ 18, 19, 20 und 22.

Bei Unterleibstyphus geschieht die Desinfection der Leiche und der Umgebungen nach B. der §§ 18, 19, 20, 22.

Dagegen sind die Stuhlgänge in mit Carbollösung zur Hälfte gefüllte Gefässe aufzunehmen.

Typhuskranke sollen die Closets nicht benutzen. Hat eine Benutzung stattgefunden, so muss vor Gebrauch des Closets durch Gesunde dasselbe längere Zeit gespült und der Closetsitz mit durch Carbollösung angefeuchtete Lappen abgerieben werden.

§ 29. Scharlach wird auf erwachsene Personen und auf Kinder, welche denselben bereits überstanden haben, selten übertragen. Dagegen ist die Berührung mit Scharlachkranken besonders gefährlich für Wöchnerinnen.

Es empfiehlt sich, den Urin der Scharlachkranken in mit Carbollösung zur Hälfte gefüllte Gefässe aufzunehmen.

Die Behandlung der Leichen und der Umgebungen erfolgt nach dem Buchstaben B. der §§ 18, 19, 20 und 22.

§ 30. Die Uebertragung der Masern und Rötheln geschieht leicht und schnell auf Kinder, schwer auf erwachsene Personen. Die Lufterneuerung ist besonders schonend vorzunehmen und wenn sie theilweise unterbleiben muss, weil die Kranken dabei vor Luft nicht geschützt werden können, durch Carbolnebel zu vervollständigen. Die Desinfection der Leichen und Umgebungen geschieht nach B. der §§ 18—22.

§ 31. Ruhr. Die von Ruhrkranken benutzte oder von ihnen verunreinigte Wäsche ist besonders schnell und vorsichtig in die mit Flüssigkeit gefüllten Gefässe § 11 aufzunehmen; etwaiges Bettstroh ist oft zu erneuern.

Jeder Stuhlgang muss in mit Carbollösung zur Hälfte gefüllte Gefässe aufgenommen werden.

Ruhrkranke sollen die Closets nicht benutzen; ist eine Benutzung erfolgt, so muss dem Gebrauch durch Gesunde eine längere Spülung und die Reinigung des Closetsitzes durch mit Carbollösung getränkte Lappen vorausgehen. Im Uebrigen empfiehlt es sich, die Desinfection nach den §§ 18—22 ad B. vorzunehmen.

§ 32. Milzbrand und Rotz. Der Ansteckungsstoff der menschlichen Milzbrandpustel ist an Gefährlichkeit mit dem unmittelbar vom Thiere stammenden nicht zu vergleichen. Doch ist immerhin besondere Sorgfalt auf die Verbandstoffe und Instrumente zu verwenden. (§§ 12 und 21.)



Die Behandlung der Leichen geschieht nach dem Buchstaben A. des § 18, die der Umgebungen nach B. der §§ 19, 20 und 22. Dasselbe gilt für menschlichen Rotz.

Stirbt ein Mensch an Wuthkrankheit, so ist die Desinfection der von ihm benutzten Wäsche und Bettstücke nach dem Buchstaben A. der §§ 19 und 20 vorzunehmen, die Reinigung der weiteren Umgebungen erfolgt nach § 22 B.

§ 33. Soll bei Stickhusten, ansteckenden Lungenentzündungen und Schwindsucht eine Desinfection erfolgen, so sind diejenigen Gegenstände besonders sorgfältig nach § 19 B. zu desinficiren, auf und in welchen Lungenauswurf des Kranken gelangt ist.

Die Lüftung (bei welcher eine Belästigung der Kranken zu vermeiden ist) wird durch Carbolnebel unterstützt.

Bei contagiöser Augenentzündung ist besondere Sorgfalt auf Verbandstoffe, Waschschüsseln, Schwämme, Handtücher, Taschentücher, die mit der Absonderung der Augen verunreinigt sein könnten, in der Weise zu richten, dass sie nach § 12 u. 21 desinficirt werden.

§ 34. Zur Verhinderung von Verschleppungen der Wochenbettkrankheiten von einer Wöchnerin zur andern, so weit sie durch Aerzte und Hebammen zu Stande kommen, bestehen für diese besondere Vorschriften. In Anbetracht der möglichen bedenklichen Folgen für sonstige Personen wird für die Desinfection der bei kranken Wöchnerinnen etwa gebrauchten Instrumente und Verbandstücke auf § 12, hinsichtlich der Leichen an Wochenbettkrankheiten Verstorbener auf § 18 B., hinsichtlich der Desinfection der nächsten Umgebungen, besonders soweit die mit Absonderungen verunreinigten Bett- und Wäschestücke in Frage kommen, auf § 19 und 20 zu B. hingewiesen.

§ 35. Bei allen Wundkrankheiten (Erysipelas, Brand) ist die thunlichste Absonderung der damit behafteten Kranken angezeigt.

Beschmutzte Verbandstücke sind, wenn sie keinen Werth haben, zu verbrennen. Alle gebrauchten Utensilien, Instrumente etc. sind, soweit es angänglich erscheint, in 3procentige Carbollösung zu legen und hierauf sorgfältig abzutrocknen.

Alle Wärter haben nach ausgeführtem Verbande die Hände mit Seifenwasser zu reinigen und mit 2procentiger Carbollösung abzuwaschen.

Jeder geprüfte Heildiener ist verpflichtet, die Desinfection genau nach der vorstehenden Anweisung auszuführen.

Freiburg im Breisgau. Programm der 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Die Versammlung wird wie bekannt vom 18.—21. September 1883 stattfinden.

Programm: Montag, den 17. September, Abends: Zwanglose Zusammenkunft zur gegenseitigen Begrüssung in der Sängerhalle.

Dienstag, den 18. September, Morgens 9 Uhr: Erste allgemeine Sitzung in der Sängerhalle. 1) Eröffnung der Versammlung durch den Geschäftsführer. 2) Begrüssung seitens der Behörden. 3) Wahl des nächstjährigen Versammlungsortes und Erledigung sonstiger geschäftlicher Angelegenheiten. 4) Vortrag des Herrn Prof. Dr. *Hertwig* (Jena): „Die Symbiose im Thierreich." 5) Gedächtnissrede auf *Friedrich Wöhler*. Nach Schluss der Sitzung Einführung der Sectionen in ihre Sitzungslocale: Constituirung der Sectionen und Wahl der Präsidenten für die ersten Sitzungen. Nachmittags 3—5 Uhr: Sectionssitzungen. Abends: Fest am Waldsee, später gesellige Vereinigung in der Sängerhalle.

Mittwoch, den 19. September, Morgens 9—12 Uhr: Sectionssitzungen. Nachmittags 3—5 Uhr: Desgleichen. 5—7 Uhr: Concert im Alleegarten. Abends 7 $^1/_2$ Uhr: Beleuchtung der Münster-Pyramide. 8 Uhr: Grosses Banket in der Sängerhalle.

Donnerstag, den 20. September, Morgens 9—12 Uhr: Sectionssitzungen. Nachmittags 3—5 Uhr: Desgleichen. 5—7 Uhr: Musik auf dem Carlsplatz. Abends 8 Uhr: Tanz im Museum und in der Harmonie, Réunion im Caféhaus zum Kopf, in der Gambrinushalle, in der alten Burse, im Pfauengarten etc.

Freitag, den 21. September, Morgens 9—12 Uhr: Sectionssitzungen. Nachmittags 1 Uhr: Zweite allgemeine Sitzung. 1) Erledigung geschäftlicher Angelegenheiten. 2) Vortrag von Prof. Dr. *Schweinfurth*: „Ein Besuch auf Socotra mit der Riebeck'schen Expedition." 3) Vortrag von Prof. Dr. *Liebermeister* (Tübingen): „Ueber die neueren Bestrebungen der Therapie." 4) Schluss der Versammlung durch den Geschäftsführer. Nachmittags von 4 Uhr ab: Ausflüge nach Günterstal, Littenweiler, Suggenbad, Waldkirch etc. Abends: Réunion in der Sängerhalle: Militär-Concert.



Sonnabend, den 22. September: Ausflug nach Badenweiler. Abfahrt des ersten Extrazuges Morgens 7 Uhr, des zweiten Extrazuges Morgens 10 Uhr.

Geschäftsordnung. Das Auskunfts- und Anmeldebureau, das Wohnungsbureau und das Verpflegungsbureau befinden sich vom 1. September an im Gymnasialgebäude parterre und werden vom 17. September an während der Dauer der Versammlung täglich von Morgens 7 bis Abends 7 Uhr geöffnet sein.

Daselbst werden die Mitglieder- und Theilnehmerkarten (à 12 Mark) nebst den Festabzeichen, die Wohnungsanweisungen, die Festschriften, die Karten für den Ausflug nach Badenweiler etc., sowie das Tageblatt ausgegeben, und sonst jede gewünschte Auskunft ertheilt.

Hülfscasse für Schweizer Aerzte.

An freiwilligen Beiträgen sind bis zum 10. September eingelaufen aus dem Canton:

Aargau: von den Herren DDr. *J. M. Kuhn*, Seon, 20 Fr., *Hans Deck*, Kölliken, 10, *Siebenmann*, Brugg, 10, *Wagner*, Baden, 40, *Minnich*, sen., Baden, 20, *Minnich*, jun., Baden, 20, *F. J. Mettauer*, Frick, 10, *Rud. Schlatter*, Zurzach, 20, *A. Zumsteg*, Möhlin, 15, *A. Waibel*, Königsfelden, 20, *Ed. Schaufelbüel*, Königsfelden, 20 (217).

Appenzell: DDr. *J. K. Leuch*, Heiden, 20 Fr., *Kürsteiner*, Gais, 10, *J. Höchner*, Walzenhausen, 10 (40).

Baselland: DDr. *Hans Martin-Burckhardt*, Pratteln, 50 Fr., *Ernst Rippmann*, Rothenfluh 20 (70).

Bern: DDr. *P. Lüthi*, Ruegsauschachen, 5 Fr., *P. Scheurer*, Worb, 10, *Wilh. Nanni*, Mühleberg, 20, *Schneeberger*, Koppigen, 20, *Wilh. Moll*, Biel, 20, *Alex. Gattiker*, Neueneck, 100, *M. Fankhauser*, Burgdorf, 10, *E. Muriset*, Tramelan, 10, *Carl Zürcher*, Interlaken, 30, Prof. *Demme*, Bern, 50, *Jak. Kummer*, Aarwangen, 20, *Schnyder*, Weissenburg, 30 (325).

St. Gallen: DDr. *Ulr. Dudly*, Rorschach, 5 Fr., *J. Zürcher-Müller*, Eschenbach, 5, *A. M. Zollikofer*, Brunnadern, 10, *Gottfr. Jæger*, Ragaz, 20, *F. J. Bischoff*, St. Fiden, 25, *H. Rheiner*, St. Gallen, 40, *Carl Zingg*, Kaltbrunn, 10, *Jakob Kuhn*, St. Gallen, 100, *R. Willy*, Mels, 20 (235).

Genf: Dr. *Masson*, Carouge, 20 Fr. (20).

Glarus: DDr. *E. Blumer*, Zaun, 20 Fr., *Conrad Streiff*, Mollis, 15, *König*, Linthal, 20, *C. Müller*, Näfels, 10 (65).

Luzern: DDr. *Robert Engmann*, Schüpfheim, 5 Fr., *Franz Kæch*, Entlebuch, 5, *Jos. Rösli*, Pfaffnau, 10, *A. Steiger*, Luzern, 50, *C. F. P.* in R., 20 (90).

Neuenburg: DDr. *Alphonse Barrelet*, Neuchâtel, 10 Fr., *Rob. Cunier*, Ponts-Martel, 10, *E. Trechsel*, Locle, 20, *F. Bossert-Geigy*, Verrières-suisses, 20, *Ch. W.*, Chaux-de-fonds, 20, *R. Ronca*, Fleurier, 15 (95).

Schaffhausen: Dr. *Max Neukomm*, Ramsen, 25 Fr. (25).

Schwyz: Dr. *Schönbühl*, Schwys, 10 Fr. (10).

Solothurn: DDr. *Ferd. Schubiger*, Solothurn, 10 Fr., *Gr. Wittmer*, Grenchen, 20, *F. A. Kottmann*, jun., Solothurn, 50, *Carl Kottmann*, Solothurn, 100 (180).

Thurgau: DDr. *Jak. Gebhart*, Müllheim, 30 Fr., *K. Reiffer*, Frauenfeld 20 (50).

Waadt: DDr. *Oswald Heer*, Lausanne, 50 Fr., *Paul Dentan*, Lutry, 5 (55).

Zug: Dr. *A. Hermann*, Baar, 10 Fr. (10).

Zürich: DDr. *Prosper Dorizzi*, Adlisweil 20 Fr., *E. Müller*, Winterthur, 10, *R. Suter*, Zürich, 50, *Joh. Seitz*, Hottingen, 50, Prof. *Arn. Cloëtta*, Zürich, 100, *Joh. Wyss*, Otelfingen, 50, *Gustav Brunner*, Zürich, 10, *Emil Pestalozzi*, Zürich, 250 (540), **zusammen 2015 Fr.**

Die gezeichneten Beiträge werden in den nächsten Tagen nachgenommen.

Basel, 10. IX. 1883. Mit bestem Danke der Verwalter: *A. Baader.*

Briefkasten.

Hülfscasse. Herrn Dr. *E. Fries*, Hottingen: Die Hülfscasse umfasst alle patentirten Allopathen. Die Uebrigen (Homöopathen etc.), die sich so wie so von uns Aerzten und unsern allgemeinen Zielen fernhalten, bilden die verschwindend kleine Ausnahme. Sunt certi denique fines. Freundl. Gruss. — Zahlreichen Herren Collegen: Die Circulare wurden durch die Freundlichkeit der Herren Präsidenten der cantonalen Vereine versandt; daher kommen die Postzeichen „Zürich, Altorf, Genève" etc. So konnte auch recht wohl ein College, der nicht in seinem Heimathcanton practicirt, zwei Circulare und ebenso, wenn die Circulare einfach nach einem amtlichen Verzeichnisse ausgeschickt wurden, etwa einmal ein Homöopath das Rundschreiben erhalten. Diese unschuldigen Infectionen curirt probat der Papierkorb. — Die Publication der Beiträge in unsern Fachblättern geschieht nicht auf meine eigene Anordnung hin, sondern nur durch mich in Ausführung eines für mich bindenden Beschlusses unserer schweizerischen Aerztecommission, was ich zur Aufklärung verschiedener Bemerkungen mittheile. — Weitere Subscriptions-Circulare stehen auf gefällige Anfrage sofort und mit Vergnügen zur Disposition. Es sollte jedem frisch patentirten Arzte ein solches Circular in die Hand gedrückt und an's Herz gelegt werden. *A. Baader.*

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 19. XIII. Jahrg. 1883. 1. October.

Original-Arbeiten.

Zur Prognose der Vagusresection.

(Aus der Klinik und Privatklinik von Herrn Prof. Dr. *Kocher* in Bern.)

Von Dr. **Alb. Vogel,** Assistenzarzt.

Der wenig zahlreichen Literatur über die Vagusresection können wir 3 Fälle anreihen, die in ihrem Verlaufe Eigenthümlichkeiten aufweisen, wie wir sie nicht überall finden. Von diesen drei Resectionen, die dieses Frühjahr operirt wurden, waren zwei linkseitig und eine rechtseitig. Es ist nun von Interesse zu vernehmen, dass die rechtseitige Vagusresection absolut nicht mehr Symptome machte, wie die linkseitige, während man doch dem rechten Vagus einen bedeutenderen Antheil an dem Innervationsbezirk der Vagi zuschreibt als dem linken. Wir werden auf dieses im Verlaufe der Besprechung zurückkommen. Zur bessern Orientirung geben wir einen kurzen Abriss der Krankengeschichte.

1) Mad. B., 58 Jahre alt. Pat. wurde vor 3 Jahren an einem Carcinoma linguæ operirt. Seit 4 Wochen bemerkt sie einige kleine geschwollene Drüsen unter dem horizontalen linken Aste des Unterkiefers.

S t a t u s. Pat. kann gut sprechen. Ober- und Unterkiefer sind normal beweglich; die Zunge wird herausgestreckt, wobei sie nach links abweicht. Die Narbe auf der linken Zungenhälfte ist durchaus weich; im vordern Gaumenbogen keine Spur von Infiltration und Härte. Am Mundboden ebenfalls keine Drüsenschwellung oder Infiltration. Ueber den Claviculæ nichts von Drüsenschwellung. Der rechte Sterno-Cleido-Mastoideus ist in der ganzen Länge frei, links findet sich etwas oberhalb der Mitte der Sterno-Cleido-Mastoideus verwachsen mit einer ganz kleinen Drüse. Nach hinten sind zwei erbsengrosse hervorragende Drüsen, die hart sind. Eine grössere Drüse findet sich in der Tiefe, beweglich, von hinten nach vorn leicht verschieblich, von der Grösse einer Baumnuss und ganz vom Sterno-Cleido-Mastoideus bedeckt. Im Uebrigen zeigt die Frau nichts Abnormes.

Die Grösse der Drüsen und das Allgemeinbefinden haben absolut keine Contraindication gegen eine Operation, wohl aber liessen die durch genaue Untersuchung constatirte Verwachsung mit den Gefässscheiden Bedenken aufkommen. Respiration und Puls waren ganz regelmässig, keine Spur von Heiserkeit oder Husten.



Die Operation zur Excision der Drüsen wurde in Narcose vorgenommen, die, wie es in der Berner Klinik bis dahin üblich war, im Anfang durch Chlorof. pur. herbeigeführt, dann nach Eintreten der Insensibilität mit Chloroform-Aether (1 : 3) fortgesetzt wurde.

Längs des hintern Randes des Sterno-Cleido-Mastoideus wird der erste Schnitt gemacht vom Proc. mastoideus abwärts bis 3 cm. oberhalb der Clavicula. Der Muskel wird nach vorn gezogen, zwei an ihm adhärente Drüsen werden entfernt. Unter dem Muskel erscheint nun ein fester länglicher Knoten, der mit der Umgebung ganz verwachsen ist und viel Mühe beim Lostrennen verursacht. Dabei zeigt es sich, dass eine Menge kleiner Drüsen strangförmig von dem Knoten ausgehen nach aufwärts. Die Vena jugularis int. ist ganz von der Geschwulstmasse umwachsen: es wird nach doppelter Unterbindung ein Stück in einer Länge von 3 cm. herausgeschnitten. Nun tritt die pulsirende Carotis communis zu Tage: sie wird von der Theilungsstelle an 7 cm. nach abwärts frei präparirt. Die Inspection ergibt, dass sie mit den Drüsen nicht verwachsen ist und keine Veränderungen aufweist. Nachdem das umgebende lockere Gewebe entfernt ist, kommt der Nervus vagus und unter ihm der Nervus sympathicus zum Vorschein. Der Nervus vagus ist ganz mit dem Drüsentumor verwachsen und bietet, nachdem er losgelöst ist, eine Menge Vorwölbungen und Einschnürungen dar. Offenbar ist er von der Carcinommasse durchwachsen; es wird deshalb ein Stück in der Länge von 5,2 cm. exstirpirt; die obere Durchschneidungsstelle befand sich in der Höhe der Theilungsstelle der Carotis communis. Bei dem weitern Lostrennen des Tumors musste auch ein Theil der Vena hypoglossei mitgenommen werden, da sie sich nicht frei präpariren liess. Nach gründlicher Reinigung mit 5% Carbolwasser wird die Wundhöhle mit 2½% Bismuthgummischleim übergossen und die Nähte angelegt, aber nicht vereinigt. Hierauf folgte der Verband mit Bismuthkrüll, Caoutchouc, Watte und Binde.

Pat. athmet nach dem Erwachen ganz frei und ruhig. Vor dem Durchschneiden des Vagus betrug der Puls 65, die Respiration 18, nachher 68 und 16. Der Puls war vorher wie nachher gleich voll und stark. Die Stimme ist laut und tönend, durchaus keine Spur von Belegtsein oder Heiserkeit. Pat. klagt am Abend über Magenschmerzen und am zweiten Tage nach der Operation über Druck und Vollgefühl im Abdomen. — Am folgenden Tag Verbandwechsel und Schliessen der Nähte, Verband wieder wie nach der Operation. Puls und Respiration halten sich nun immer zwischen 70—90—100 und 16 bis 20; der Puls ist stets gleich stark, nie intermittirend, die Respiration ist immer frei. Am dritten Tag nach der Operation trat Hustenreiz ein, der einige Tage anhält, zugleich beginnt aus der Wunde Eiter zu fliessen, so dass die Nähte entfernt werden müssen; von nun an täglich zweimaliger Verbandwechsel mit 5% Carbolirrigation. Am 9. Tage Morgens ist Patientin auffallend heiser, was bis jetzt blieb. Die laryngoscopische Untersuchung ergibt totale linksseitige Recurrenslähmung. Nach 6 Wochen wird Pat. entlassen, die Wunde ist gut vernarbt, die Heiserkeit ist sich gleich geblieben.

Der Durchschnitt durch den länglichen Tumor bot das exquisite Bild einer carcinomatösen Drüse mit multiplen, gelb verfärbten Stellen dar; auch die andern und selbst die kleinsten Drüsen waren auf gleiche Weise entartet. Die microscopische Untersuchung ergab Folgendes: Die Drüsen sind stark cancroid entartet. An der verdickten Stelle des N. vagus ist auf der einen Seite die bindegewebliche Scheide stark verdickt und enthält zahlreiche Cancroidzellnester. Die Bündel des N. vagus nehmen die andere Hälfte des Querschnittes ein und sind unverändert; zwischen ihnen keine Zellnester.

2) H. Johann Werthmüller, 45 Jahre alt. Pat. bemerkte 6 Wochen vor dem Spitaleintritt eine haselnussgrosse, unter der Haut verschiebliche Geschwulst in der linken Halsseite; die Geschwulst wuchs rasch, verbreitete sich nach allen Richtungen und wurde schmerzhaft, besonders Nachts; nach 14 Tagen traten anhaltende Schmerzen in der linken Kopfhälfte, hinter dem Ohr und an der linken Stirngegend auf; Schmerzen treten in der Geschwulst selbst auf beim Schlucken.

Status. Faustgrosse Geschwulst links am Halse, knollig, von derber Consistenz, auf der Trachea nicht verschieblich, Carotis nach hinten verschoben; der Tumor bewegt sich mit bei den Schluckbewegungen. Die Zungenspitze ist stark nach rechts verschoben, die rechte Zungenhälfte ist hart, die linke weich. Die linke Zungenhälfte ist deutlich verschmälert und verdünnt; die Zunge kann nach beiden Mundwinkeln hin bewegt werden;



das Heben der Zunge geschieht nur schwach. Der linke Gaumenbogen etwas breiter als der rechte. Die Uvula weicht stark nach links ab. Beim Phoniren kein deutlicher Unterschied auf beiden Seiten. Faradische Erregbarkeit der linken Zungenhälfte ist sehr stark herabgesetzt. — Die laryngoscopische Untersuchung ergibt Folgendes: das linke Stimmband bewegt sich gar nicht, ebenso nicht der linke Aryknorpel; der rechte Aryknorpel bewegt sich nicht normal ausgiebig, zeigt aber allseitige Bewegungen. Keine auffallende Röthung im Larynx. — Pat. selbst ist ein kräftiger Mann von gutem Aussehen und guter Farbe der Schleimhäute, er athmet ganz ruhig, nur bei starken Inspirationen bemerkt er eine geringe Bewegung. Die Schlundsonde von mittlerer Grösse geht ganz leicht in den Magen Puls voll und kräftig, nicht leicht unterdrückbar. — Die Haut über dem Tumor leicht verschieblich, unbedeutende Venenectasien.

Diagnose: Struma carcinomatosa mit Verwachsung mit der Umgebung und mit Recurrens- und Hypoglossuslähmung.

Indicatio: Exstirpation, eventuell noch Resection des Hypoglossus, des Recurrens, der Trachea und des Larynx.

Operation: Narcose wie beim ersten Fall. Die Narcose wird blos in der ersten Hälfte der Operation unterhalten, trotzdem ist Pat. ruhig. Schnitt in der Mitte des Halses und sodann ein zweiter seitlich gegen das Ohr hin. Es zeigen sich Verwachsungen mit dem Sterno-Hyoideus, Sterno-Thyreoideus und Sterno-Cleido-Mastoideus; die Muskeln müssen durchschnitten werden. Die Trachea ist mit dem Tumor eng verwachsen und der Ring- und Schildknorpel zum Theil carcinomatös entartet, weshalb ein Theil des Larynx exstirpirt wird und die Trachealcanüle eingesetzt werden muss. Alle tiefen Venen sind carcinomatös entartet und bilden einen carcinomatösen Thrombus bis in's Jugulum. Die Vena Jugularis int. sin. und die Thyreoidea inf. und sup. sin. werden doppelt unterbunden und resecirt, ebenso die Carotis communis, von der ein Stück von 8 cm. Länge entfernt wird. Der N. vagus, sympathicus und hypoglossus sind ganz von der Krebsmasse umgeben und werden in der ganzen Länge des Tumors entfernt. Ein carcinomatöser Strang geht längs der Jugularvene in die Tiefe, ohne dass der Finger ein Ende findet, es wird deshalb auf dessen Excision verzichtet. Irrigation der Wunde mit $1^0/_{00}$ Bismuthemulsion; in die Wunde kommen Carboltampons und auf diese Carbolkrüll, Watte und Binde.

Pat. ist ganz apathisch. Nach der Durchschneidung der Carotis, des Vagus und des Sympathicus bemerkt man nichts besonderes am Patienten: Der Puls blieb gleich, die Athmung war ruhig wie vorher, nur die linke Pupille wurde weiter und blieb so. Nach 4 Stunden kommt dünnes Blut aus der Canüle und Pat. hustet stark; der Verband wird gewechselt, er ist vom Blut ganz imbibirt, es zeigt sich blos Flächenblutung: das Blut floss nach und nach in die durchschnittene Partie der Trachea und zwischen dieser und die Canüle hinein in die Bronchien und verursachte Hustenreiz. Es wird wieder tamponirt. Pat. zeigt nun eine rechtseitige Parese des Facialis und ebenso eine Parese der rechten Ober- und Unterextremität. Der Puls ist sehr klein, die Respiration oberflächlich; Pat. ist sehr blass, Stirn, Nase und Extremitäten sind kalt. Auf Wein und Aethergaben wird der Puls besser. Pat. ist nachher ruhig, aber nach einer Viertelstunde wird das Athmen stertorös und unregelmässig; es wird zur künstlichen Athmung geschritten; nach und nach wird die Respiration wieder regelmässig, doch reagirt Pat. fast nicht mehr auf Fragen und 10 Stunden nach der Operation tritt der Exitus ein. Der Puls war bis an's Ende regelmässig und auch die Respiration ziemlich frei. Kein Erbrechen und keine Convulsionen.

3) H. Hypolite Demaison, 60 Jahre alt. Pat. bemerkte ein halbes Jahr vor dem Spitaleintritt am äussern Rande der rechten Fossa supraclavicularis eine derbe Drüse, leicht hin- und herschieblich und auf Druck nicht schmerzhaft; sie vergrösserte sich rasch und war nach 6 Wochen wie ein kleiner Apfel. Salbe und Pillen halfen nichts, ebenso nicht Cataplasmen: der Tumor wuchs stets, wurde druckempfindlich und machte Athembeschwerden, keine Schluckbeschwerden. Letztes Neujahr war die Geschwulst schon 2 Faust gross und begann nun auch Schluckbeschwerden zu machen, weshalb Pat. Ende Februar in's Inselspital eintrat.

Status. Pat. ist anæmisch, mässig musculös. Keine Oedeme. Am Halse rechts eine kindskopfgrosse Geschwulst von unregelmässiger Form; Haut darüber nicht ver-



schieblich, blauroth und ödematös. Die Geschwulst sitzt fest auf, reicht vom Kieferwinkel bis zur Clavicula und bis über die Mittellinie. Derb elastische Consistenz, einzelne Knollen fühlen sich weicher an. Larynx stark nach links verschoben. Lungen und Herz normal. Puls regelmässig, Athmung frei.

Die Diagnose wurde gestellt auf ein Lymphosarcoma colli.

Pat. willigt trotz der Gefahr in eine Operation ein.

Die Narcose wird wie bei den andern Fällen eingeleitet, nur erhält Pat. vorher 0,015 Morph. injicirt. Schnitt vom Sterno-Claviculargelenk zum Acromion und vom Sternum zum Proc. mastoideus, worauf die Haut zurückpräparirt wird. Der Musc. Sterno-Cleido-Mastoideus wird vom untern Ende abpräparirt und aufwärts geschlagen nach Lösung der Adhärenzen. Im Verlaufe der Ablösung muss der N. vagus resecirt werden, da er sich in den Tumor einsenkt, ebenso muss vom Plexus cervicalis ein grosser Theil entfernt werden. Die Vena jugularis int. und die V. subclavia müssen unterbunden werden. Die Tumormasse, die das exquisite Krebsbild darbietet, geht unter die Pleura; ein mächtiger Blutstrom quillt plötzlich aus der Tiefe, der durch Tampon (liq. ferri sesq.) gestillt wird. Der N. sympathicus und die Art. vertebralis müssen durchschnitten werden, ebenso die Art. subclavia 2 cm. von ihrem Ursprunge, worauf der Tumor mit Ausnahme des untersten Theiles, wo der Tampon lag, entfernt werden kann. Nach sorgfältiger Blutstillung wird die Wunde mit Salicylresorcin ausgepinselt und Carbolkrüll aufgelegt. Der Puls änderte sich nach der Vagusdurchschneidung kaum merklich, es trat eine unbedeutende Beschleunigung ein; die Pupillen blieben eng und die Athmung war wie vorher. Kein Erbrechen. Im rechten Arm tritt Kältegefühl ein, der Puls ist hier nicht mehr zu fühlen. Abends ist die Kälte gewichen; Pat. klagt über Formicationen, der Puls hier nicht zu fühlen. Keine vasomotorischen Erscheinungen in der rechten Gesichtshälfte. Pupille rechts enger wie links. In der Nacht bekommt Pat. Athembeschwerden, die auf Morphiuminjection sich heben. — Am folgenden Tag ist die Pupillendifferenz gleich; Pat. schwitzt nur in der linken Gesichtshälfte; Athmung in sitzender Stellung ziemlich frei. Ueber der linken Lunge grobblasiges Rasseln. — Am 4. Tag Nachblutung in der Nacht. Pat. wird ohnmächtig; nach Moschusinjectionen hebt sich der Puls allmälig und Pat. hat wieder freier Sensorium. Nach 9 Stunden erfolgt eine zweite Nachblutung, welcher der Pat. erliegt.

Die Section ergibt ein Carcinoma œsophagi mit sec. Carcinom der Halsdrüsen.

Betrachten wir nun speciell, was die Vagusresectionen für Folgen hatten. Es kommen hier in Betracht alle Vagusäste, welche unterhalb der Höhe der Carotisbifurcation abgehen. Es fallen also für uns weg die Aeste des Schlundgeflechts und der N. laryngeus sup., da bei allen drei Operationen der Vagus in dieser Höhe verschont blieb.

1) Laryngeus inferior. Er hat die Bewegungsfasern für die Kehlkopfmuskeln in sich mit Ausnahme des M. Crico-Thyreoideus. Unsere erst erwähnte Patientin, Mad. B., zeigte nach der Operation durchaus keine Anzeichen einer Lähmung im Kehlkopfe; die Stimme war voll, tönend und nicht im mindesten belegt. Am dritten Tage trat Hustenreiz ein, von dem wir später sprechen werden, und dabei war hie und da die Stimme etwas belegt, sie war aber ganz rein, wenn der Husten längere Zeit aussetzte. Erst am 9. Tage nach der Operation war Pat. am Morgen auffallend heiser und hatte die Stimme ganz verändert: letztere war leise und fast ganz tonlos. Dieser Zustand ist bis zur Entlassung geblieben und die Stimme klingt oft ganz unrein. Die laryngoscopische Untersuchung zeigt eine vollständige linksseitige Recurrenslähmung.

Auch das *Gerhardt*'sche Symptom kann gut constatirt werden: äusserlich fühlt man schon am Kehlkopfe, an dem geringen Vibriren die Lähmung der linken Kehlkopfseite heraus.



Bei dem zweiten Falle (H. W.) konnte keine Beobachtung gemacht werden, da eine Tamponcanüle in der Trachea steckte.

Der dritte Fall (H. D.) war gleich nach der Operation heiser: Pat. sprach nur mit leiser Stimme; eine laryngoscopische Untersuchung konnte wegen des tristen Zustandes nicht vorgenommen werden.

2) Vagusfasern des Herzgeflechtes. Bei Mad. B. war der Puls ziemlich regelmässig, setzte nie aus und variirte in den ersten Tagen zwischen 70 und 80, später zwischen 80 und 100, um nach 14 Tagen wieder um 70 herum zu zählen. Unregelmässigkeiten in der Herzaction konnten nicht constatirt werden, ebenso auch nicht bei H. W., während bei H. D. mit der rechtseitigen Vagus-resection eine unbedeutende und bald vorübergehende Beschleunigung eintrat.

3) Lungenäste des N. vagus. Wir wissen, dass bei doppelseitiger Vagusdurchschneidung Bronchopneumonie sich zeigt als Folge des Verlustes der Motilität (Recurrens) und der Sensibilität (N. laryngeus sup.) des Kehlkopfes: Fremdkörper können hier eindringen; sodann stellt sich Lungenœdem ein, weil wegen der bedeutend langgezogenen Thoraxerweiterung der Lungenblutdruck abnorm niedrig und so der Blutreichthum sehr gross ist. Bei der Patientin B. trat nun am 3. Tage nach der Operation Hustenreiz ein, der erst nach einigen Tagen durch Morphiumgaben sistirt werden konnte. Schmerz oder Dämpfung über den Lungen war nie vorhanden. Der Auswurf bestand aus zähem, etwas schaumigem Schleim. — Herr W. bot anfangs keine Lungenerscheinungen dar, erst gegen das Ende waren grobblasige Rasselgeräusche hörbar. Der Verlauf bei H. D. ist insofern merkwürdig, dass am ersten Tage nach der Operation die Athmung ganz ruhig war, am zweiten Tag dagegen Athembeklemmungen eintraten, die sich erst besserten, als Pat. aufsass und sich etwas vorbeugte. Ueber den Lungen war nie eine Dämpfung, überall Vesiculärathmen, nur am 4. Tage hörte man beidseits mittelgrossblasiges Rasseln neben Vesiculärathmen.

4) Zum Oesophagusgeflecht kommen Aeste vom Laryngeus inf., welche im obern Theil des Oesophagus das unbedeutende Sensibilitätsgefühl beherrschen, sodann solche, welche die Bewegungsfasern für die Speiseröhre in sich schliessen. Während der ganzen Zeitdauer der Beobachtung aller 3 Fälle konnte nie etwas gefunden werden, was eine Störung in der Innervation des Oesophagus hätte vermuthen lassen: nie blieben zum Beispiel Nahrungsbissen stecken.

5) Die Durchschneidung der Vagusfasern des Magengeflechts soll blosse Hyperæmie bewirken, ohne die Verdauung zu stören. Patientin B. klagte nun am Abend nach der Operation über Magenschmerzen, die am folgenden Tage verschwunden waren. Ob diese wirklich von der Läsion des einen Vagusstammes herrührten, scheint mir zweifelhaft, ich glaube vielmehr, dass sie die blossen Folgen der Chloroformnarcose waren, wie wir sie häufig treffen. Erbrochen hat Niemand von den drei Operirten, wie auch nie Brechneigung vorhanden war.

6) Die Endfasern des Vagus verlaufen im Plexus cœliacus und von dort aus zu den übrigen Baucheingeweiden. Ein sicherer Anhaltspunct für deren Wirkung in den verschiedenen Unterleibsorganen ist bis jetzt noch nicht gefunden worden. Unsere Patientin B. klagte nur am zweiten Tage über Druck und Vollgefühl im



Abdomen, das nach künstlicher Stuhlentleerung aufhörte. Ob hier wirklich ein Symptom der Vagusresection sich zeigte, müssen wir dahingestellt lassen. Im Urin zeigten sich nie abnorme Bestandtheile; Blase und Mastdarm functionirten stets gut.

Es wurden auch nie Erscheinungen sichtbar, welche auf eine Affection des Vasomotoren-, Athmungs- oder Vomircentrum hingedeutet hätten. Oder müssen wir die Athembeklemmung von Patient D. dahin rechnen? Ich glaube es nicht; ich werde es unten erörtern. Dass der gleiche Patient nur auf einer Gesichtshälfte transpirirte, müssen wir unbedingt auf Rechnung der Sympathicusdurchschneidung setzen; denn es wäre nicht recht zu ersehen, warum gerade nur im Gesicht dieses Phänomen auftrat, wenn das Vasomotorencentrum gelitten hätte.

Wir wollen uns nun an die Erklärung der verschiedenen Facta nach der Vagusresection machen und betrachten dabei jeden Fall für sich.

Vor Allem ist merkwürdig, dass die Recurrenslähmung bei Mad. B. erst am 9. Tage nach der Operation manifest wurde. Denn das geringe Belegtsein der Stimme bei den Hustenparoximsen dürfen wir offenbar allein auf Rechnung der letztern schreiben, besonders da in der Zwischenzeit die Stimme ganz rein war. Um eine Erklärung zu finden, müssen wir auf den Status des linken Vagus bei der Operation und auf den histologischen Befund zurückkehren. Der Vagusstamm war ganz von der Krebsmasse umgeben und von ihr zum Theil durchwachsen; auf der einen Seite des microscopischen Bildes die bindegewebliche Scheide verdickt und mit vielen Cancroidzellen durchzogen, auf der andern die Nervenfasern zusammengedrängt und unversehrt. Durch die Um- und Durchwachsung des Nerven von dem Krebsgebilde wurde allmälig ein Druck auf die Nervenfasern ausgeübt, letztere konnten sich dem Drucke anbequemen und anderseits konnten Anastomosenäste vom rechtseitigen Vagus und vom Laryngeus sup. die Functionen des linken Stammes unterstützen, da ja der Ramus int. des Laryngeus sup. constant mit dem Recurrens anastomosirt. Aus diesem Grunde waren vor der Operation keine Zeichen einer Vagusläsion vorhanden. Nach der Excision eines Vagusstückes, wobei der N. laryngeus inf. seine leitende Verbindung mit dem Gehirn verlor, waren nun die erwähnten kleinen Nervenanastomosen, die schon vorher in Thätigkeit waren, allein da zur Besorgung des Recurrensgebietes. Pat. war in den ersten Tagen ziemlich ruhig und sprach fast nichts, deshalb konnten jene Ersatzfasern leicht ihrer Aufgabe nachkommen. Wie nun aber an den Kehlkopf durch häufigeres und längeres Sprechen grössere Anforderungen gestellt wurden, erlahmten alle jene relativ doch sehr schwachen Hülfsfasern und es wurde so die Recurrenslähmung sicht- und hörbar. Wir erwähnten auch, dass bei den Hustenparoxismen die Stimme etwas belegt war: es kann dieses auch ganz gut daher gekommen sein, dass bei jenen heftigen Anstrengungen der Kehlkopfmuskeln zeitweise die Ersatz leistenden Anastomosen entkräftet wurden und so momentan ihren Dienst versagten.

Wie wir sahen, hatte die linksseitige Vagusdurchschneidung direct nach dem Durchschneiden keinen Einfluss gezeigt auf die Herzaction, später wurde der Puls etwas beschleunigt (80—100), allein so wenig, dass dieses nie Bedenken erregende



Symptome machte. Das Gleiche gilt von dem Darmtractus. Beides erklärt sich daraus, dass der rechte Vagusstamm an den betreffenden Functionen sich mitbetheiligt und nach dem Ausschalten des linken Alles allein versah.

Unsere Pat. bekam nun am dritten Tage heftigen und mehrere Tage dauernden Hustenreiz. Hat auch dieses etwas zu thun mit der Vagusdurchschneidung? Die Bronchialschleimhaut erhält ihre sensiblen Aeste vom Laryngeus sup. Dieser blieb intact. Zur Erklärung unseres Befundes müssen wir annehmen, dass sich auf das centrale Nervenende des linken Vagus eine Entzündung von der Wunde aus fortleitete und diese am dritten Tage so hoch stieg, dass sie die Abgangsstelle des Laryngeus sup. erreichte, wobei dieser nun durch Hustenreiz seine Mitbetheiligung verrieth. Eine solche Fortpflanzung der Entzündung centripetal können wir an der Hand der Krankengeschichte um so eher begreifen, da ja um diese Zeit die anfangs gut verklebte Wunde stark zu eitern begann. Wäre der Hustenreiz direct nach der Operation eingetreten, so würden wir nicht anstehen, ihn als reflectorische Reizung hinzustellen, vermittelt durch die Anastomosen zwischen Laryngeus inf. und sup., also analog wie wir durch Berühren von gewissen Stellen des Meatus auditorius ext. Hustenreiz auslösen können.

Der zweite Fall (H. W.) bietet uns wegen des bald eingetretenen Todes wenig Stoff zur Betrachtung. Der Puls war wohl hie und da klein, allein das soll uns nicht wundern bei der gewaltigen Anæmie nach der Operation. Sonstige Erscheinungen von Störungen in Folge der linkseitigen Vagusdurchschneidung haben wir nicht. Der Tod selbst trat unzweifelhaft ein als Folge des Blutverlustes und nicht der Vagusdurchschneidung.

Interessant ist das Verhältniss bei dem dritten Patienten, bei dem der rechte Vagus durchschnitten wurde. Wie wir bemerkten, trat direct auf die Durchschneidung eine kleine Beschleunigung der Herzaction ein, was wir als Folge der Durchschneidung ansehen müssen. Patient bekam am zweiten Tage Athemnoth, von Bronchopneumonie war keine Spur vorhanden. Es ist uns sehr fraglich, ob hier wirklich eine Erkrankung des Athmungscentrums vorliegt, welche wir als durch Fortleitung von dem Vagusstumpfe aus erklären müssten; denn in diesem Falle würde doch auch der Laryngeus sup. ergriffen worden sein und Symptome gemacht haben. Kann nicht der gewaltige Blutverlust dieses bewirkt haben, wie wir es ja oft sehen? Und dann müssen wir auch etwas auf Rechnung der Sympathicusdurchschneidung setzen, in welchem Nerven die Vasomotoren verlaufen.

Die rechtseitige Vagusdurchschneidung machte also ebenso wenige Symptome wie die linkseitige und dürfen wir demnach uns fragen, ob wirklich der rechte Vagus einen grössern Antheil an der Innervation besitzt als der linke. Gemäss dem dritten Falle, der wegen der kurzen Dauer der Beobachtung jedoch nicht unantastbare Facten liefert, würden wir die Frage negiren können.

Was lehrt uns nun die Betrachtung der drei Fälle für die Prognose der Vagusresection? Wir dürfen ohne Bedenken sagen, dass die Prognose der einseitigen Vagusdurchschneidung, ob links oder rechts, quoad vitam sehr günstig ist und dass, wenn nicht Contraindicationen von anderer Seite sich bieten, eine einseitige Vagusdurchschneidung nie von einer Operation abhalten soll. Ein Vagus genügt,



um bedenkliche Zufälle der edlern Organe zu verhüten, besonders noch bei dem Umstande, dass man wohl in den meisten Fällen den Laryngeus sup., der hoch oben entspringt, schonen kann, was puncto Lungenaffection ein günstiges Prognostikon gibt.

Vereinsberichte.

Ordentliche Frühjahrssitzung der Gesellschaft der Aerzte des Cantons Zürich.

Dienstag, den 12. Juni 1883, in der Aula des Linth-Escher-Schulhauses, [1])

Präsident: Prof. *O. Wyss.* Actuar: Dr. *H. v. Wyss.*

Anwesend 35 Mitglieder.

Der Präsident eröffnet die Sitzung mit folgender Ansprache:

Hochverehrte Herren Collegen!

Zum ersten und zum letzten Male habe ich die Ehre, heute Sie, die Mitglieder der Gesellschaft der Aerzte des Cantons Zürich, zu begrüssen. Zum ersten Male Sie, verehrte Herren Collegen von Stadt und Land, willkommen zu heissen zu unserer ersten Sitzung der neu constituirten, zum Theil noch neu zu constituirenden Gesellschaft, zum letzten Male meinerseits als letzter Präsident der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft mit schon abgelaufener Amtsdauer, ausser Amtes und nur der Form nach noch in Function, um heute das Präsidium an einen verehrlichen Nachfolger abzutreten.

Wenn ich gleichwohl mir erlaube, Ihre Zeit für wenige Augenblicke in Anspruch zu nehmen, so wollen Sie dies mir zu Gute halten; aber ich glaube es den jüngern Mitgliedern unserer heutigen Gesellschaft schuldig zu sein, ihnen zu sagen, wie viel, ja sehr viel die aufgehobene medicinisch-chirurgische Gesellschaft des Cantons Zürich in den 73 Jahren ihres Bestehens geleistet hat.

Gegründet wurde sie im Jahre 1810 am 7. Mai. Nachdem nämlich schon 1790 sich eine Gesellschaft der Aerzte in der ganzen Schweiz constituirt und zehn Jahre hindurch alljährlich eine Sitzung in Zürich abgehalten hatte, auch durch ein vierbändiges Organ „Musæum der Heilkunde 1792—97“ sich ein bleibendes Denkmal gesetzt hatte, zerfiel diese Gesellschaft in Folge der damaligen politischen Wirren und aus ihren Trümmern entstanden die nachmaligen cantonalärztlichen Gesellschaften, 1805 die im Aargau, 1809 die in Bern, 1810 die medicinisch-chirurgische Gesellschaft des Cantons Zürich. Der intellectuelle Gründer, leider nur 2 Jahre lang auch ihr Vorstand, war Chorherr *Hs. Hch. Rahn;* ihm folgte als langjähriger Präsident *Paul Usteri*, der hochverdiente Naturforscher, Arzt und Staatsmann. Als dieser 1831 starb, wurde Poliater *Zundel* Präsident, zehn Jahre später Dr. *Ulrich Zehnder* und wiederum zehn Jahre später Prof. *Locher-Balber;* 1859 Dr. *Meyer-Hofmeister*, auf den Prof. *Horner* und später Dr. *Zehnder* folgte.

Die Gesellschaft weist eine höchst interessante reichhaltige Liste gehaltener Vorträge auf, und von den ersten bis zu den letzten Sitzungen ist die Sorge um das Wohl ihrer Mitbürger ein charakteristischer Zug ihrer Verhandlungen und Bestrebungen gewesen. Die Kuhpockenimpfungen und ihre medicinal-polizeilichen Anordnungen haben unsere Väter in dieser Gesellschaft anno 1811 auf's lebhafteste beschäftigt und in der letzten Sitzung des Comité unserer Gesellschaft war es wiederum die Impffrage, „ein Aufruf an unsere Mitbürger“, die uns beschäftigt hat. Und wie oft waren in der Zwischenzeit Vorträge über Vaccination sowie über Pockenepidemien Gegenstand der Berathungen gewesen! Wir zählten nicht weniger als 13 Vorträge aus diesem Gebiet in den ersten 50 Jahren des Bestehens der Gesellschaft und daneben noch zahlreiche andere über Typhus- und Cholera-, Fleckfieber- und andere Epidemien. Schon 1844 und 1868 hat sich unsere Gesellschaft eingehend mit der Frage der Contagiosität der Lungenschwindsucht befasst: eine Frage, die ja auch heute gerade wieder eine brennende geworden ist.

[1]) Erhalten 26. Juli 1883.



Untersuchungen über Mortalität der Neugebornen, Ernährung derselben, über Cretinismus, über Ozon, Arsen, Phosphor, Blei als Gifte des täglichen Lebens, Fleischtyphen, Fabrikhygieine, und über unsere Krankenanstalten: das sind Themata zahlreicher Vorträge aus dem Gebiete der Hygieine, die in unserer Gesellschaft gehalten wurden, aus jenem Fach, von dem so Viele behaupten, es sei modern, während unsere Gesellschaft, wie Sie sehen, gerade für diese Richtung seit ihrer Gründung ein besonderes Interesse zeigte, das heute noch persistirt.

Zu weit würde es mich führen, wollte ich Ihnen weiteres über ihre speciell medicinisch-chirurgischen Verhandlungen mittheilen; aber das darf man wohl behaupten, dass in unserer Gesellschaft ein äusserst reger wissenschaftlicher Verkehr stattfand und auch die letzten Decennien des Vereins nicht blos den practischen Interessen, sondern ganz besonders auch der wissenschaftlichen Ausbildung des Theilnehmers gerecht zu werden suchten, indem alle neuen Errungenschaften unserer medicinischen Wissenschaft in bald längeren, bald kürzeren Vorträgen und Mittheilungen oder Demonstrationen Berücksichtigung fanden. Tuberculosen und Mycosen, Antiseptik und moderne Chirurgie und andere grosse Fragen sind in unserem Kreise erörtert worden.

Aber die Zeiten ändern sich und was nicht untergehen will, muss sich jeweilen dem Strome der Zeit anpassen. Einige veraltet scheinende Bestimmungen der Statuten, das Bedürfniss, aus der Gesellschaft eine Repräsentation des gesammten ärztlichen Standes des Cantons Zürich zu formiren: das war es, was die Metamorphose der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft in die Gesellschaft der Aerzte des Cantons Zürich vermittelte.

Dass die medicinisch-chirurgische Gesellschaft nicht blos auf wissenschaftlicher, sondern auch auf solider öconomischer Basis ruhte, wird Ihnen unser verehrter Herr Quästor nachzuweisen die Güte haben.

Blicken wir auf heute, so haben wir ein reiches Arbeitsfeld vor uns. Gerne hätte ich Ihnen mitgetheilt, dass und welche Bedeutung das für Zürich gewiss grosse Ereigniss der Landesausstellung für uns Aerzte hat; aber leider hatte ich bis dahin nie genügend Zeit und Musse, um mich selbst hinreichend in dieser Richtung durch eigene Anschauung zu orientiren, obwohl dort vieles vorliegt, was unserer Berücksichtigung werth ist, heisse es nun. Technica zur Therapie oder Diagnostik oder Gegenstände aus dem Gebiet der Hygieine und des Rettungswesens, Krankenpflege oder anders. Ein erfreuliches Zeichen für die Schweiz ist es, dass sie eine aus 500 Nummern bestehende hygieinische Literatur seit alter bis in die neue Zeit aufweisen kann.

Als ein auch unsere Gesellschaft im höchsten Grade interessirendes Ereigniss ist sodann die 50jährige Jubelfeier unserer Alma mater turicensis zu nennen, das am 2. und 3. August gefeiert werden wird. Einfach zwar, wie es der Republik ziemt; aber doch nicht ohne fremde Gäste und, hoffen wir, nicht ohne manchen frühern Lehrer unserer Anstalt, den wieder zu sehen und zu grüssen ihrer alten Schüler Freude sein wird. Hoffen wir auf reichliche Betheiligung an dem Feste auch seitens der Mitglieder unserer Gesellschaft! Denn gewiss hat unser Stand ein hohes Interesse an dem Gedeihen unserer Hochschule, unserer Zürcher medicinischen Schule! —

Es wurde hierauf über eine Reihe eingegangener literarischer Geschenke referirt und auf Antrag von Dr. *Goll* die Jahresrechnung genehmigt.

Es folgt die Wahl des Vorstandes der neuen Gesellschaft, sowie diejenige der grössern Commission. Zum Präsidenten wird mit grosser Mehrheit Herr Prof. *Oscar Wyss* wiedergewählt, der sich zur Freude der Gesellschaft nach anfänglicher Ablehnung der Wahl zur Wiederannahme des Präsidiums bestimmen lässt, zum Actuar Dr. *H. v. Wyss* ebenfalls wiedergewählt und zum Quästor Herr Med. Dr. *Kerez* an Stelle des definitiv ablehnenden Herrn Dr. *Billeter* bestellt. In die grosse Commission werden wiedergewählt die Herren Prof. *Horner*, Dr. *Goll*, Dr. *Zehnder* und neu bestellt die Herren Dr. *Sigg*, Andelfingen, Dr. *Baumann*, Meilen und Dr. *Hegner*, Winterthur.

Als weiteres Tractandum folgt die Fortsetzung der Discussion über die De-



centralisation der cantonalen Krankenanstalten, welche eröffnet wird von Herrn Dr. *Zehnder*.

Anschliessend an die Discussion der vorigen Sitzung recapitulirt *Zehnder* kurz das Votum *Müller*'s für Decentralisation der cantonalen Krankenanstalten, welche nach ihm ein „Gebot der Gerechtigkeit und Humanität“ sein soll.

Gegen das Raisonnement *Müller*'s ist besonders Eines einzuwenden, dass sich nämlich Kranksein und Spitalbedürftigkeit oder, wie *Sigg* sagt, „der Wunsch nach Spitalbehandlung“ keineswegs decken.

College *Müller* selbst wird, wenn er krank werden sollte, kaum in's Spital gehen, ebenso wenig irgend Einer von uns und so haben es viele Tausende auch in unserem Volke. Machen wir doch oft genug die Erfahrung, dass Kranke, welche es entschieden nöthig hätten, sich trotz unserem eindringlichen Rathe nicht dazu entschliessen können. Ja, es deckt sich nicht einmal Kranksein und das Verlangen nach einem Arzte. Schon das hängt zum Theile von der Entfernung des Arztes, zum Theil aber auch von socialen Verhältnissen, von der Lebenshaltung des Kranken ab. Je weiter entfernt der Arzt, desto seltener wird er gerufen. Aber auch je besser die sociale Lage des Kranken, je leichter ihm die Befriedigung aller Wünsche und Bedürfnisse durch dieselbe gemacht ist, desto rascher wird ärztliche Hülfe begehrt. Daher die grosse Differenz der Mortalität in der Stadt- und Landpraxis. Nicht deshalb, weil die Krankheiten auf dem Lande schwerer, sterben doppelt so viel ärztlich behandelte Kranke dort als in der Stadt, sondern weil man hier noch einmal so oft zum Arzte schickt.

So lässt sich nun aber auch nicht, wie College *Müller* meint, die Differenz der Aufnahmszahlen in die cantonalen Krankenanstalten einfach aus der verschiedenen Entfernung der Bezirke erklären, sondern es kommen auch hier eine Reihe von schwer wiegenden Momenten mit in Frage, welche alle berücksichtigt sein wollen.

Dass nicht die Entfernung die Hauptsache, geht schon daraus hervor, dass aus dem nahen Bezirk Affoltern am seltensten Aufnahme in's Spital nachgesucht wird (nur 4,5% der Spitalgänger nach der Bevölkerungsquote), aus dem Bezirk Andelfingen dagegen häufiger — 6,2% —, aus dem noch entfernteren Hinweil sogar 9,7% und von Winterthur (trotz dem dortigen städtischen Spital) 12,6%. Auch aus dem näheren Uster beträgt die Zahl der Aufnahmen nur 6,1%.

Sehen wir uns nun jene andern Factoren, welche auf das Bedürfniss nach Spitalbehandlung drücken, etwas näher an.

1) Wohnungsverhältnisse. Dicht zusammenlebende Bevölkerungen werden immer ein Asyl nöthiger haben als zerstreut wohnende. Das Asyl gewährt dem Kranken mehr Luft als er in einem dicht bevölkerten Hause haben kann, mehr Ruhe und schützt die Uebrigen — bei Infectionskrankheiten — vor Infection. Wie steht es nun damit bei uns in den verschiedenen Bezirken?

Nach der Bevölkerungsstatistik von 1880 fallen in 7 Bezirken nur 5,0—5,9 Bewohner auf ein Wohnhaus, in Bülach 6,6, Horgen 7,5, in Winterthur sogar nur 7,1, und das Doppelte von Winterthur (14,6) im Bezirk Zürich. In der Stadt und ihren Ausgemeinden wohnt die Bevölkerung noch dichter (15,4), während selbst in Winterthur und seinen Ausgemeinden (Töss, Seen, Wülflingen, Veltheim und Oberwinterthur) nur 8,8 Bewohner auf das Haus kommen. Noch grösser ist die Bevölkerungsdichtigkeit in einzelnen Ausgemeinden von Zürich; so beträgt sie in Aussersihl sogar 18,8 Bewohner auf das Haus.

Es kommen ferner, was die Zahl der Wohnräume betrifft, im Bezirk Zürich nahezu 11 (10,8) Wohnräume auf das Wohnhaus und in Horgen 6,4, im Bezirk Winterthur nur 5,7. Alle andern Bezirke bewegen sich zwischen 4,1 und 5,1.

Auch im Verhältniss der Zahl der Haushaltungen, welche auf ein Wohnhaus kommen, gibt sich die grössere Bevölkerungsdichtigkeit im Bezirk Zürich und ganz besonders in Zürich und Umgebung gegenüber allen andern Bezirken kund. So beträgt diese Zahl im Bezirk Zürich 2,7 gegenüber 1,5 im Bezirk Winterthur. In der Stadt Zürich und Ausgemeinden sogar 3,1, in Winterthur und Ausgemeinden 1,9. In Aussersihl kommen genau 4 Haushaltungen auf das Wohnhaus. Im bevölkertsten ländlichen Bezirk, Horgen, beträgt diese Zahl noch 1,7, in allen übrigen Bezirken nur 1,1—1,5.

Aus allen diesen Zahlen ersehen wir, wie viel öfter sich in der Stadt und Umgebung



das Bedürfniss nach Spitalverpflegung aus den bereits genannten Gründen, ganz besonders in Seuchezeiten, geltend machen muss.

2) Die bürgerlichen Verhältnisse, insbesondere mit Rücksicht auf Familien- und Landesangehörigkeit.

Es bedarf wohl kaum einer näheren Begründung, warum alleinstehende Personen viel häufiger das Bedürfniss nach Spitalverpflegung empfinden werden als Familienangehörige.

Ueber die Zahl Jener in den einzelnen Bezirken gibt uns die Bevölkerungsstatistik von 1870 keinen sichern Aufschluss; dagegen können wir aus einigen andern statistischen Angaben uns ein ungefähres Bild davon machen.

So wissen wir, wie viel von 100 Einwohnern eines Bezirks Cantonsbürger, Schweizerbürger und Ausländer sind. Die Zahl der letztern, unter denen wir ohne Zweifel eine grosse Zahl der einzeln stehenden Personen zu suchen haben, überwiegt nun aber in Zürich und Umgebung um das Doppelte selbst diejenige von Winterthur und Umgebung und ist 3—5 Mal so gross wie diejenige aller übrigen Bezirke.

Ebenso ist die relative Zahl der Schweizerbürger weitaus am grössten in Zürich und Umgebung und abgesehen von Winterthur und Umgebung, welches sich dieser Zahl nähert, meist doppelt so gross als die der übrigen Bezirke.

In Zürich und Umgebung sind fast die Hälfte der Bewohner Schweizerbürger und Ausländer und zwar beide ungefähr zu gleichen Theilen. In Winterthur und Umgebung machen dagegen Schweizerbürger und Ausländer nur den dritten Theil der Bevölkerung aus, in den meisten Landbezirken nur den fünften, in den agricolen selbst nur den zehnten Theil.

Von sämmtlichen Ausländern (27,300) im Canton fällt mehr als die Hälfte (15,800) auf Zürich und Umgebung.

Z. erinnert hier daran, dass der Canton Zürich mit den meisten benachbarten Staaten an Verträge gebunden ist, welche ihn verpflichten, für — oft sogar unentgeltliche — Verpflegung der Angehörigen dieser Staaten Sorge zu tragen.

Ein Rückschluss auf die Zahl der alleinstehenden Personen in jedem Bezirke lässt sich ferner aus dem relativen Verhältnisse derjenigen Personen, welche mit „persönlichen Dienstleistungen" ihren Lebensunterhalt verdienen, zur Bevölkerungsquote der einzelnen Bezirke ziehen. Ihre Zahl im Bezirke Zürich ist gegenüber allen übrigen Bezirken (mit Ausnahme von Winterthur) eine 3—5fache. Immerhin zählt auch der Bezirk Winterthur solcher Leute nur 11,7% der Bevölkerung, der Bezirk Zürich dagegen 16,5%.

Diese Leute fast alle aber gehören zugleich zu derjenigen Classe der Bevölkerung, welche im Erkrankungsfalle eines Asyls am meisten bedürfen.

3) Die öconomische Lage des Kranken.

Im Allgemeinen darf wohl behauptet werden, dass, je mehr in einer Bevölkerung diejenige Classe an Zahl sich geltend macht, welche nichts besitzt und darum auch keine Vermögenssteuer zahlt, desto mehr das Bedürfniss nach Spitälern sich geltend machen wird.

Nach den amtlichen Steuerlisten nun des Jahres 1879 versteuern im Bezirke Zürich kein Vermögen 55% der Pflichtigen; nur Horgen nähert sich dieser Zahl mit 45%, Winterthur mit 41%; dagegen versteuern in allen übrigen Bezirken nur zwischen 21 und 32% der Pflichtigen gar kein Vermögen.

Wir haben also ein weit grösseres Proletariat in Zürich und Umgebung als anderwärts, selbst in Winterthur und Umgebung. Allein dieses Proletariat ernährt sich meist mit seiner Hände Arbeit, so lange nicht Krankheit diese Hände lahm legt.

Während im Bezirk Zürich relativ die meisten Vermögenslosen sich befinden, steht derselbe Bezirk insofern oben an, als hier nur 15% der Pflichtigen gar keine Einkommensteuer bezahlen, in Horgen 19%, in Winterthur 20% und so fort von Bezirk zu Bezirk werden der keine Einkommensteuer Zahlenden immer mehr bis zu den agricolen Bezirken.

Der Bezirk Zürich hat also wohl das grösste Proletariat, welches aber in weitaus grösserer Zahl als anderwärts dennoch sein Einkommen findet und dasselbe auch versteuert, so lange es das kann, d. h. so lange der einzelne Arbeiter gesund bleibt. Gesundheit ist die Grundbedingung seiner Existenz, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit möglichst zu kürzen, liegt darum im Interesse und in der Pflicht des Staates.



Auch da also hat der Canton Zürich allen Grund, sein Cantonsspital gerade diesen Bedürftigen möglichst weit zu öffnen.

4) Das Familienleben.

Die natürlichste Pflege findet der Kranke in der eigenen Familie. Dass dieser Grundsatz überall anerkannt wird, liegt so sehr im Interesse des sittlichen Staates, wie dass überhaupt die Familienbande sich nicht mehr und mehr lockern. Wo aber finden wir dieses Gefühl der Zusammengehörigkeit der Familienglieder, ihrer gegenseitigen Solidarität mehr ausgeprägt, in der städtischen oder in der ländlichen Bevölkerung?

Die Statistik lässt uns hier im Stich; allein so viel ist von vorne herein doch wohl gewiss, dass die Industrie, besonders die Fabrikindustrie, dass das Vorhandensein und Eindringen zahlreicher fremder Elemente in die Familie, dass schon das dichte Zusammenwohnen vieler Haushaltungen im engen Kreise das Familienleben nicht fördern kann. Hier wird der Kranke, selbst das Familienglied, den Andern oft und bald zur Last — nicht nur um der engen Wohnung oder um der Kosten willen, sondern weil sie sich gegenseitig zu fern stehen, weil nicht dasselbe sittliche Band sie fesselt. Anders steht es damit glücklicherweise bei unserm Landvolk und ich bestreite darum auch das von College *Müller* betonte Bedürfniss von mehr Plätzen für Schwindsüchtige und andere chronische Kranke für unsere ländlichen Bezirke, nicht weil dort weniger Schwindsucht, nicht weil solche Kranke sich besser in der Landluft befinden als im Spital, nein! weil es hier weit seltener oder fast nie vorkommen wird, dass Eltern, die es nur irgendwie können, ihr schwindsüchtiges Kind, dass die Frau ihren schwindsüchtigen Mann, oder dieser jene dem Spital anvertrauen würden.

Erinnern wir uns der Agitation gegen das Epidemiengesetz im Waadtlande. Was hat es hauptsächlich dort zu Falle gebracht? Gewiss nicht der Impfzwang, vielmehr weil man den Leuten vorspiegelte, man wolle ihre scharlach- oder masernkranken Kinder in's Spital bringen, sie losreissen „du sein de leur mère".

Soll es bei uns im Canton Zürich mit dem sittlichen Stande unseres Familienlebens — sagen wir unseres Volkslebens — schlimmer aussehen als dort und wollen wir selbst dazu mithelfen, dass es damit schlimmer wird?

5) Die Berufsarten.

Es gibt gewisse Berufsclassen, welche im Allgemeinen weniger Erkrankungen ausgesetzt sind. So ist der Bauer wohl viel seltener krank als der Handwerker, als namentlich der Fabrikarbeiter. Ganz besonders sind es die chirurgischen Krankheiten, welche unter die verschiedenen Berufsclassen sehr verschieden vertheilt sind.

Suchen wir unter den Berufsclassen, in welchen Verletzungen besonders häufig vorzukommen pflegen, aus der cantonalen „Statistik der Berufsarten vom Jahre 1870" einige heraus, um sie nach den Bezirken zu vergleichen. Hieher gehören vor Allem die Bauhandwerker aller Art, ferner die Metallarbeiter.

Stellen wir diese beiden Berufsclassen in Zürich und Ausgemeinden denjenigen von Winterthur und Umgebung gegenüber, so ergibt sich, dass dort 5199, hier nur 1770 in diesen Branchen beschäftigt sind.

Eine Berufsclasse, welche chirurgischen Krankheiten relativ häufig ausgesetzt ist, bilden ferner diejenigen Personen, welche in irgend welcher Weise den Verkehr vermitteln. Die Summe dieser in Zürich und Ausgemeinden beträgt 1094, in Winterthur und Ausgemeinden 183.

Eine andere Berufsclasse ist wiederum vermöge ihrer socialen Stellung vorzugsweise auf Spitalverpflegung angewiesen. Es sind dies diejenigen Personen, welche durch „persönliche Dienste" ihren Lebensunterhalt verdienen — die Mägde, Knechte, Laufburschen etc.

Diese Classe beträgt in Zürich und Ausgemeinden 5162, in Winterthur und Ausgemeinden 1790.

Sehen wir aber von den Städten ab, so finden wir die beiden letzten Berufsclassen in den ländlichen Bezirken nur sehr minim vertreten, den Betrieb der Urproduction dagegen besonders in Andelfingen, Bülach und Dielsdorf um so stärker (60—73% der Bevölkerung); in allen Bezirken mit Ausnahme von Horgen, welcher als industrieller alle andern, selbst Zürich, überragt, doch wenigstens doppelt so stark wie im Bezirk Zürich.



Auch da also hätten wir einen neuen Factor, welcher die relativ reichere Benutzung des Spitals von Seite der Bevölkerung des Bezirkes Zürich hinlänglich erklärt.

6) Ein weiterer Factor liegt in der Benutzung und Verbreitung der Krankencassen, welche zum grossen Theil ihre Verträge mit dem Spital haben. Was die Zahl der Mitglieder von Krankencassen in den verschiedenen Bezirken betrifft, so erreicht sie im Bezirk Zürich beinahe die Hälfte (14,353) der Mitglieder des ganzen Cantons (32,255). Winterthur hat ungefähr die Hälfte von Zürich; Horgen, Hinweil und Bülach den fünften Theil davon. Die Zahl in den übrigen Bezirken ist eine relativ überhaupt spärliche.

7) Endlich gibt es auch gewisse Krankheiten, welche ihrer Natur nach vorzugsweise Spitalbehandlung erheischen: es sind dies vor Allem die Infectionskrankheiten, dann die grösste Zahl der chirurgischen Erkrankungen, aber auch Schwindsucht und andere chronische Krankheiten, wenn sie in Bevölkerungsclassen vorkommen, wo Pflege und Behandlung zu Hause unmöglich oder doch durch die Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse erschwert wird. Was die Infectionskrankheiten betrifft, so ist soviel unzweifelhaft, dass sie nicht nur absolut, sondern auch relativ weitaus am häufigsten im Bezirk Zürich vorkommen. *Z.* erinnert hiebei an die Frequenzverhältnisse des Typhus, der Diphtheritis und des Scharlach, sowie an die Pocken- und Choleraepidemien, welche fast immer nur den Bezirk Zürich heimgesucht haben. Ja, eine Reihe von Infectionskrankheiten scheinen allmälig in Zürich und Umgebung sogar endemisch werden zu wollen, während sie in andern Bezirken viel seltener auftreten und oft auf Jahre hinaus wieder verschwinden.

So haben wir also eine ganze Reihe von Factoren, welche — abgesehen von der Entfernung und ganz unabhängig von ihr — Alle mitspielen, um das Bedürfniss nach Spitälern in den Landbezirken nicht aufkommen zu lassen, wenn ihm nicht absichtlich gerufen wird.

Oder liegt vielleicht eine Unbilligkeit darin, dass der Canton es ist, der die Spitalanstalten unterhält und der Bezirk Zürich, der sie vorzugsweise benützt?

Sehen wir uns darüber im Budget von 1879 um. Da figurirt der Staatsbeitrag an die cantonalen Krankenanstalten nach Abzug der Zinsen (Fr. 168,000) des Spitalfonds von circa Fr. 11,000,000, von dessen Entstehung wir hier absehen, mit Fr. 388,873. Zinsen und Staatsbeitrag zusammen betragen mehr als $^1/_2$ Million, also ungefähr $1^0/_{00}$ der Vermögenssteuer.

Betrüge dieser Beitrag eine Million, so würde der Bezirk Zürich an denselben nach dem effectiven Steuercapital entrichten Fr. 511,000, also die Hälfte der ganzen Auslage, nach der Einkommensteuer sogar Fr. 629,000.

Der Bezirk Zürich zehrt also keineswegs vom Gute der Andern, hat vielmehr auch von dieser Seite einen Rechtstitel auf eine ausgiebigere Benützung der cantonalen Krankenanstalten.

Und was leistet dafür der Staat? 1879 wurden in den verschiedenen cantonalen Anstalten (Burghölzli, Rheinau, Spanweid inbegriffen) 5018 Kranke verpflegt in 1537 Betten; in andern, von Gemeinden oder Privaten gegründeten, jedoch vom Staate unterstützten Anstalten (Spital in Winterthur, Krankenasyl Neumünster, Horgen, Wädensweil, Richtersweil und Kinderspital in Hottingen), ausserdem noch 1422 Kranke in 216 Betten = 6440 Kranke in 1753 Betten. Dazu die staatlichen Polikliniken mit 6000 bis 9000 Patienten, die mehr privaten Polikliniken mit 1200—1300 Patienten.

Stehen diese Leistungen gegenüber denjenigen anderer Cantone auffallend zurück?

Die Budgets der verschiedenen Cantone liegen dem Sprechenden nicht vor; allein eine Handhabe zur Vergleichung bietet uns unser „Wegweiser".

Hier nun steht der Canton Zürich, wenn wir die Zahl der Betten für wirklich Kranke auf die Bevölkerung berechnen, in ehrenvoller Reihe unmittelbar hinter Basel und Genf, bei denen Stadt und Canton fast in einander aufgehen, die überdies durch ihren Reichthum unter allen andern hervorragen. Zürich hat hiefür 1753 Betten, welche der Canton zum weitaus grössten Theile, dann — eine kleinere Zahl — Gemeinden und Privaten liefern, somit 1 Bett auf 180 Einwohner. Nur Baselstadt und Genf haben relativ noch mehr.

Auf Zürich folgen der Reihe nach Glarus, Neuenburg, Solothurn, Waadt, St. Gallen,



Aargau etc. Anders verhält es sich, wenn wir die Zahl der Betten, welche Kranken, Gebrechlichen, Blinden und Taubstummen, Armenbädern etc. im Canton Zürich zur Verfügung stehen, mit denjenigen der andern Cantone vergleichen. Da steht wieder Genf und Basel obenan, dann aber folgt nicht mehr Zürich, sondern vor ihm kommt Waadt, Glarus, Baselland, Schaffhausen; dann erst folgt Zürich mit 1 Bett auf 135 Einwohner. Vielleicht zeigt gerade das uns, wo bei uns der Hebel anzusetzen ist.

Nach meiner Ueberzeugung thut der Staat Zürich, abgesehen von den berechtigten Forderungen, die von Proff. *Huguenin* und *Krönlein* geltend gemacht worden sind, für einmal wenigstens völlig genug für seine spitalbedürftigen Kranken, dagegen zu wenig für die Gebrechlichen, für die Siechen, für die Invaliden der Arbeit.

Der Sprechende hatte in jüngster Zeit Gelegenheit, die Armen- und Greisenanstalt Kappel zu besuchen. Es handelte sich um Begutachtung der Frage, ob nicht der Staat wenigstens für die Kranken, die sich unter den zahlreichen altersschwachen Invaliden dort vorfanden, etwas mehr thun dürfte. Nach den bestehenden Reglementen musste dieselbe verneint werden, weil die Krankheit der meisten eben doch in Altersschwäche bestand.

Allein — so frägt der Sprechende weiter — wäre es zu viel verlangt, wenn auch solche Anstalten, wenn Asyle für Gebrechliche, Alte, in denen allenfalls auch chronische Kranke mit alten Knochenleiden, Krebs etc. unterzubringen wären, vom Staate durch erhöhte Beiträge an die Tagestaxe etwas reichlicher unterstützt würden, als dies bis dahin geschah?

Es könnten dadurch nicht nur andere staatliche Anstalten, besonders Rheinau, entlastet werden. Es würde dies zugleich auch die Gemeinden zur Gründung von solchen Asylen anspornen, mit denen sich dann auch immer 1 oder 2 Krankenstuben verbinden liessen für Nothfälle, bald — je nach Umständen — mehr für chirurgische Fälle, bald für plötzlich Erkrankte, besonders Infectiöse, welche um der Ansteckung oder der besonderen Art der Verpflegung willen von Hause entfernt werden sollten.

Solche Asyle finden sich in grosser Zahl z. B. im Waadtland, mit 10, 15, 20 Betten; nicht staatlich — die Waadtländer scheinen etwas darauf zu halten, dass sie dies nicht sind. „Indépendant et soutenu par des contributions volontaires" — so heisst es fast bei Jeder derselben. Bei uns aber soll der Staat Alles thun!

Allein wird damit die Gesellschaft gerettet, dass die Gemeinden der Sorge für Diejenigen, welche in ihren Grenzen den Kampf um's Dasein kämpfen und dabei alt und arbeitsunfähig werden, sich entschlagen; oder dass sie alle ihre Kranken dem Staat aufbürden?

Unter den schönen Aufgaben, deren allmälige Lösung jeder Gemeinde wohl anstehen würde, vermissen wir ferner noch eine, welche bis dahin fast völlig brach gelegen hat.

Was unsern armen Kranken, besonders in den ungebildeten Ständen, vor Allem fehlt, was unser Wirken so oft hemmt, uns die Hände bindet, das ist der Mangel an Einsicht in eine richtige, rationelle Krankenpflege. Wird unser Volk diese je lernen, wenn wir möglichst viele unserer Kranken in die Spitäler abschieben? Gewiss nicht! Wohl aber, wenn wir unsere grösseren Gemeinden durch unsere Initiative veranlassen, allmälig Krankenpflegerinnen anzustellen zur ambulatorischen Pflege ihrer armen Kranken.

Wenn eine solche Pflegeschwester dieselben täglich besucht, ihnen bettet, lüftet, den Angehörigen Anleitung gibt zu ihrer rationellen Pflege, dann haben wir viel, sehr viel gethan für die Kranken selbst, viel zur Erziehung unseres Volkes in einer der schönsten menschlichen Tugenden und sehr viel gethan auch für uns und für den Erfolg unseres Wirkens.

Der Sprechende erinnert hier an die Gründung des neuen Schwesternhauses in Fluntern. Was ihn ganz besonders für dieselbe erwärmte, das war die Hoffnung, dass allmälig von dieser Anstalt aus Schwestern ausgesendet würden in alle Gemeinden unseres Cantons, welche unendlich wohlthätiger auch auf die besseren Triebe in unserem Volke wirken könnten, als alle Spitalpflege dies je thun wird. Allein wenn dieses Institut wachsen und gedeihen soll, kann es der Hülfe und Unterstützung des Staates nicht entbehren, die ihm sogar verfassungsmässig zugesichert ist, die es aber noch nicht für sich hat gewinnen können. Möchten gerade wir unsere Behörden daran erinnern, dass ihnen hieraus eine grosse und schöne Pflicht erwächst!

Das Alles also, auch die staatliche Unterstützung für Anschaffung von Krankentransportwagen, deren bereits 30 im Canton vorhanden sind, nur keine Bezirksspitäler!

Dieselbe Frage wurde vor Jahren in der ärztlichen Gesellschaft des Cantons St. Gallen ventilirt und vor wenigen Jahren noch im Aargau. In beiden Cantonen hat sich die grosse Mehrheit für ein Cantonsspital gegenüber Bezirksspitälern entschieden und doch haben sie dort keine Hochschule, keine medicinische Facultät, welche Lehrmaterial bedarf.

Dennoch ist die cantonale Gesellschaft im Aargau einmüthig für ein Cantonsspital eingestanden und die Gründe, die sie dazu bewogen, sind wesentlich folgende:

1) Bezirksspitäler sind in Erstellung und Verwaltung viel kostspieliger.

2) Wenn das Princip der Bezirksspitäler durchschlägt, wird allmälig jeder Bezirk sein eigenes Spital haben, keiner dabei zurückbleiben wollen.

3) Aber auch den Kranken ist mit einem Cantonsspital besser geholfen, weil da die Summe der Erfahrung, die Summe wissenschaftlicher Einsicht und technischen Könnens jedem Kranken zu gute kömmt.

Für uns kommen nun noch hinzu die Interessen des medicinischen Unterrichts. Für diese sind Berufenere in früheren Sitzungen mit Wärme eingetreten. Dem Sprechenden genügt es, gezeigt zu haben, dass eine Decentralisation unserer cantonalen Anstalten weder im Bedürfniss noch im Wunsch unseres Volkes liegt, dass aber weit dringendere Bedürfnisse unsere Befürwortung bei den Behörden in Wahrheit verdienen.

Gegenüber den Anträgen *Sigg* und *Müller* stellt *Z.* folgenden Antrag:

1) Die Gesellschaft empfiehlt dem Cantonsrath Erweiterung der cantonalen Krankenanstalten

a. Durch Erstellung von Absonderungsbaraken für Scharlach- und Diphtheritiskranke.

b. Durch Beschaffung von Isolirräumen für Unreinliche und Deliranten.

c. Durch zeitgemässe Reorganisation des Röslibades.

2) Die Gesellschaft unterstützt den Wunsch der cantonalen gemeinnützigen Gesellschaft, dass, unter Mitwirkung von Staat, Gemeinden und Privaten, wo immer nöthig, für einzelne Gemeinden, oder für mehrere zusammen, Gemeindekrankenhäuser oder sogenannte Nothfallstuben eingerichtet werden.

3) Dagegen erklärt sich die Gesellschaft mit aller Entschiedenheit gegen die Errichtung von Bezirksspitälern als nicht im Bedürfniss unseres Volkes liegend und zugleich gefährlich für die Interessen des medicinischen Unterrichtes.

Müller gibt zu,

dass die vom Vorredner betonten Momente ihre Rolle spielen und Einfluss auf die von ihm gegebene Darstellung haben. Seine Statistik beanspruche durchaus keinen absoluten, sondern blos approximativen Werth. Es habe ihm durchaus fern gelegen, etwa den Bezirk Zürich als ungerecht bevorzugt hinzustellen, jedoch könne man sich nicht verhehlen, dass die Bedürfnisse in Zukunft sich noch bedeutend steigern werden. Von *Huguenin* sei betont worden, dass die Armenbehörden den Cantonsspital in nicht zu verantwortender Weise in Anspruch nehmen, jedoch sei dagegen hervorzuheben, dass die in Frage stehenden Hülfsbedürftigen untergebracht werden müssen und bisher eben der Cantonsspital hiefür der einzige mögliche Ort sei.

In der Entfernung müsse doch ein Hauptmoment für grössere oder geringere Inanspruchnahme des Cantonsspitals von Seite der einzelnen Cantonstheile gesucht werden: in den Jahren 1880—1882 haben sich am Spital am wenigsten betheiligt: Pfäffikon, Hinweil, Andelfingen und Winterthur. Bülach und Dielsdorf sandten weit mehr Patienten ins Spital, obschon die Verhältnisse im Uebrigen gleich sind. Es kann also blos die grössere Entfernung Schuld sein. Hinweil habe bedeutende Industrie und zugleich damit grössere Spitalbedürftigkeit, sende aber blos 16 pro mille dahin, während Bülach 20 pro



mille hat. Was hauptsächlich und in erster Linie den Spitalbesuch bestimmt, ist die Morbilität. *M.* hält seinen Antrag aufrecht, der in definitiver Fassung dahin lautet:

Die cantonale ärztliche Gesellschaft erklärt zu Handen des Cantonsrathes:

1) Die Erweiterung der cantonalen Krankenanstalten ist in hohem Grade Bedürfniss.

2) Diesem Bedürfniss soll entsprochen werden:

a) Durch Vervollständigung des Cantonsspitals in Zürich vermittelst Neubau von Anstalten für Infectionskrankheiten (Diphtherie und Croup, Scharlach).

b) Durch successive Errichtung von Filialen des Cantonsspitals für heilbare und unheilbare Kranke an peripherischen Orten des Cantons.

Prof. *Forel* findet im Gegensatz zu unsern Verhältnissen, dass man anderswo, z. B. in England, viel mehr Gewicht legt auf familiäre und Gemeindekrankenpflege, auch liege darin die wahre Decentralisation, indem ja die projectirten Bezirksspitäler ebenfalls cantonale Anstalten würden, der *Müller*'sche Antrag somit keine wahre Decentralisation enthalte.

Prof. *Klebs* erinnert an die Verhältnisse im Canton Bern, wo in allen grössern Gemeinden besondere Krankenstuben bestehen. Es sei dies auch zu verlangen, dass die Gemeinden zunächst ihre Kranken für sich unterbringen. Die Bezirksspitäler wären der Tod der Universität.

Dr. *Sigg* findet, dass die Befürchtung einer Schädigung der Universität durch die Bezirksspitäler deswegen nicht begründet sei, weil der Staat die Anstalten baue und das Verfügungsrecht darüber behalte. Es würde gerade in den Gemeindespitälern viel mehr Material zurückbehalten werden, da die Gemeinden allein darüber verfügen.

Prof. *Wyss* gibt zu, dass der Staat absolut keine Macht habe, die Gründung solcher Anstalten zu verhindern.

Es ist damit die Discussion erschöpft und fragt Dr. *Zehnder* an, ob über die ursprünglichen Thesen von *Sigg* abgestimmt werden solle. Der richtige Weg sei unter allen Umständen der, dass sich die Gesellschaft petitionsweise an den Cantonsrath wende. In diesem Fall würde er seinen Antrag den Thesen von *Sigg* gegenüber stellen.

Nach einiger Discussion zieht Dr. *Sigg* seine Thesen zu Gunsten des oben formulirten Antrages von Dr. *Müller* zurück und wird über die beiden Anträge *Müller* und *Zehnder* zur Abstimmung geschritten.

Für den letztern Antrag erklären sich 30 Stimmen, für den erstern 3. Es wird im Weitern beschlossen, eine Petition im Sinne des *Zehnder*'schen Antrages an den Cantonsrath aufzusetzen und dieselbe nach Genehmigung durch das Gesammtcomité vor der nächsten Sitzung einzureichen.

Als letztes Tractandum folgt ein Vortrag von Herrn Dr. *Hegner* in Winterthur über die allgemeine unentgeltliche Krankenpflege.

Es wird derselbe auf Beschluss der Gesellschaft separat gedruckt, den Mitgliedern zugestellt werden und in den Blättern für Gesundheitspflege als Beilage erscheinen.

Es folgt diesem Vortrage keine Discussion und es wird die Sitzung geschlossen.

Beim nachherigen Banket versammelte sich eine fröhliche Tafelrunde im Hôtel Victoria, bis in spätere Stunden durch vielfache Toaste gewürzt.



Referate und Kritiken.

Ueber Kropfexstirpation und ihre Folgen.

Von Prof. Dr. *Th. Kocher.* Archiv für klin. Chirurgie, Bd. 29, Heft 2. Berlin, bei Hirschwald.

In der vorliegenden für die Zukunft der Kropfbehandlung hochwichtigen Arbeit ergänzt Verf. zunächst die früher in unserem Blatte veröffentlichte Statistik der Kropfexstirpationen. Er selbst hat 101 Strumectomien ausgeführt mit 13 Todesfällen, demnach 12,8% Mortalität. Von den zuletzt operirten 39 Kröpfen starben sogar blos 2 (= 5,1% Mortalität). Für die Gesammtstatistik stellt Verf. 240 Strumectomien zusammen mit 28 Todesfällen (= 11,6% Mortalität) und 28 Operationen maligner Strumen mit 16 Todesfällen (= 57,1% Mortalität).

Aus der Statistik erhellt vor Allem, dass die Strumectomie wie so manche andere grosse Operation jetzt zu einer gefahrlosen geworden ist, und das Hauptverdienst dieses bedeutungsvollen Fortschrittes in der Kropfbehandlung gebührt dem unermüdlichen Arbeitseifer des verdienten Verf., wovon die vorliegende Arbeit wieder so sprechendes Zeugniss ablegt.

Die antiseptische Wundbehandlung wurde sowohl mit Carbol wie mit Sublimat, zuletzt ausschliesslich mit Chlorzink und Wismuth nach den bekannten Methoden *Kocher*'s durchgeführt.

Die operative Technik hat durch *Kocher* eine vollkommen typische Gestalt bekommen, und dass daraus ein Hauptfortschritt für die Zukunft der Kropfbehandlung resultiren wird, kann sicher vorausgesagt werden. Erst jetzt, da man von einer bestimmten Methode der Kropfoperation sprechen kann, wird auch die Statistik sprechendere Daten liefern und werden sich die Leistungen der einzelnen Operateure besser bemessen lassen.

Die *Kocher*'sche Methode basirt auf genauen topographisch-anatomischen Untersuchungen über das Verhalten der Kropfgeschwulst zu den für sie wichtigen Gefässen und Nerven.

Von einem winkeligen Hautschnitte aus, der vom Jugulum erst median bis zum Ringknorpel ansteigt und von da lateralwärts nach dem obern Pole des zu operirenden Tumors sich wendet, wird letzterer nach Durchschneidung der ihn bedeckenden Muskeln freigelegt. Erst folgt die Mobilisirung des obern Poles durch Ligatur und Durchschneidung der Art. und Ven. thyreoid. sup.; durch Zug nach oben event. nach Umgehung der Geschwulst mit dem Finger werden die deutlich erscheinenden venösen Gefässe am lateralen und besonders am untern Umfange ligirt. Zur Unterbindung der Art. thyr. int. wird der Tumor nach der Mittellinie umgewälzt und das Gefäss erst möglichst lateral nahe der Carotis und sodann seine Aeste hart am Tumor gefasst; so wird die Verletzung des N. recurrens sicher vermieden. Zuletzt wird der Isthmus durchgetrennt.

Der eigenthümlichen Auffassung *Rose*'s gegenüber hält Verf. die säbelscheidenförmige Compression der Luftröhre für die gewöhnliche Ursache der Einknickung der Trachea bei Kropfkranken in Folge von Bewegung oder ungünstiger Lagerung sowie des Zusammenklappens der Trachea durch den Luftdruck nach Kropfexcisionen und präcisirt demnach nochmals seine Ansicht zur Frage der Tracheotomie bei der Kropfoperation dahin, dass sie nur zur Verhütung unmittelbarer Erstickungsgefahr indicirt ist.

Bezüglich der Folgen der Strumectomie müssen die partiellen Excisionen eines Lappens der Schilddrüse mit oder ohne Isthmus getrennt werden von den Total-Excisionen. Unter 34 Fällen von partiellen Excisionen wurde in 28 Fällen ein sehr günstiges Endresultat bei einer späteren Revision derselben erhoben, einmal bezüglich der allgemeinen Gesundheit und der früheren Beschwerden, sodann aber auch bezüglich des zurückgelassenen Schilddrüsenlappens: letzterer zeigte niemals spätere Vergrösserung und es hatte also die Operation eine wirkliche Radicalheilung zur Folge.

Ganz anders sind die Resultate nach totaler Entfernung der strumösen Schilddrüse. Zwar ergibt die Statistik ziemlich die gleiche Mortalität (12,1% aus 115 Fällen berechnet), die Operation an sich ist also kaum gefährlicher als die partielle Excision. Aber von 18 Patienten mit Totalexcision, welche sich zur Untersuchung stellten, zeigen blos



2 einen gegen früher unveränderten oder verbesserten Allgemeinzustand. Die übrigen 16 Patienten dagegen erschienen alle mit mehr oder weniger erheblichen Störungen des Allgemeinbefindens, Störungen, die progressiv sind und die sich vor Allem bei den Patienten einstellten, welche in der Wachsthumsperiode operirt worden waren. Das eigenthümliche Krankheitsbild, das Verf. als Folge der Totalexcision der Struma beobachtete, nennt er Cachexia strumipriva.

Bald nach der Genesung von der Operation klagen die Kranken über Müdigkeit, Schwäche und Schwere in den Gliedern und über ziehende Schmerzen in Armen und Beinen und Kälte in den Extremitäten. Zudem nimmt die geistige Regsamkeit ab, Langsamkeit der Gedanken, des Sprechens und aller Bewegungen folgen. Gedunsenheit des Gesichtes, Verdickung der Hände und Füsse, Dickerwerden des ganzen Körpers, Zurückbleiben der Längenentwicklung des letztern, dazu die Zeichen hochgradigster Anæmie vervollständigen das Krankheitsbild in seinen ausgesprochensten Formen.

Verf. konnte bei sämmtlichen in geschilderter Weise erkrankten Pat. eine mangelhafte Entwicklung und Erweichung der Trachea durch die Untersuchung nachweisen und hält diese Veränderungen der Luftröhre für die Ursache der hochgradigen progressiven Anæmie. Bedingt aber werden jene atrophischen Zustände der Trachea dadurch, dass nach Unterbindung sämmtlicher Schilddrüsen-Arterien die Ernährung der Trachea in bedeutungsvoller Weise leidet, indem die Wandungen der letzteren ihre Blutzufuhr durch die Schilddrüsen-Gefässe erhalten. Die Gedunsenheit des Gesichtes und die veränderte Gehirnfunction führt Verf. auf die häufigen Circulationsstörungen zurück, welche im Bereiche des Kopfes nach Entfernung der Schilddrüse eintreten, zumal letztere ja schon lange als Regulator für die Blutcirculation im Gehirne aufgefasst worden ist (*Simon*, *Liebermeister*, *Schiff*). Hiedurch ist zum ersten Male mit Bestimmtheit ein Abhängigkeitsverhältniss zwischen Schilddrüse und Cretinismus sichergestellt. *Kaufmann.*

Ueber diphtheritische Lähmungen.

Züricher Inaug.-Diss. von *Alph. Genhart.* 1883.

Wir erlauben uns ein ausführlicheres Referat über vorliegende Arbeit, weil erst die neuere Literatur exacte Beobachtungen über diphtheritische Lähmungen brachte.

Nach einem geschichtlichen Excurse und Aufzählung der verschiedenen pathologisch-anatomischen Theorien wendet sich Verfasser der Aetiologie und dem Vorkommen des Leidens zu unter Verwerthung von 60 neuen Fällen diphtheritischer Lähmung — 27 davon aus dem Kinderspital Hottingen (Prof. *O. Wyss*), 33 aus der Privatpraxis und der ophthalmologischen Klinik Prof. *Horner*'s.

Von den im Kinderspital vorgekommenen und stationär behandelten 259 Diphtheritis-Fällen (1874—82) erkrankten 24 an Paralysen. Die Zeit zwischen dem ersten Auftreten der Diphtheritis bis zum Deutlichwerden der ersten Lähmungssymptome variirte sehr: von 4—69 Tagen. Durchschnittlich traten die ersten Lähmungen 23—24 Tage nach der Diphtheritis auf. — Das Alter der Kinder schwankte zwischen 2—14 Jahren; Durchschnitt: $4^1/_2$ Jahre. Die Diphtheritis befiel das männliche und weibliche Geschlecht beinahe gleich häufig, hingegen wurden doppelt so viele Mädchen als Knaben von Lähmungen ergriffen; in der ophthalmologischen Tabelle fallen von 33 Paralysen sogar 25 auf's weibliche und nur 8 auf's männliche Geschlecht.

Die Lähmungen vertheilten sich ganz unregelmässig auf die verschiedenen Jahre. Dass der Winter die Jahreszeit ist, wo sie etwas häufiger sich einstellen, erklärt sich aus dem häufigeren Auftreten der Diphtheritis im Winter als im Sommer. — Betreffend die Pathogenese der Lähmungen bei Diphtheritis, die mit kleinen multiplen Hämorrhagien im Zusammenhang stehen, erinnert hier *G.* an die progressive perniciöse Anämie, wo auch Hämorrhagien und dadurch bedingte Paralysen vorzukommen pflegen, wiewohl bei den beiden Processen die Hämorrhagien sowohl, wie die Lähmungen total differenter Natur sind. Ein Einfluss der Tracheotomie auf das Leiden wird als völlig undenkbar erklärt. In des Verfassers Fällen waren 16 tracheotomirt. — Die Ansicht, dass die Intensität der Erkrankung für das Entstehen von Paralysen von grosser Wichtigkeit, sei von relativem Werthe. Ganz leichter Diphtheritis können ausgedehnte Lähmungen folgen;



dennoch sei es vielleicht möglich, dass im Allgemeinen nach schweren Primäraffectionen mehr Lähmungen sich zeigen als nach leichten. — Symptomatologie: Mit Ausnahme von 2 Fällen — ophthalmologische nicht inbegriffen — war die Velumlähmung zuerst vorhanden. Eine Velum-Affection braucht jedoch nicht constatirt zu werden, und dennoch können schwere Störungen an Augenmuskeln und Extremitäten da sein. In seiner ophthalmologischen Statistik findet *G.* unter 33 Augenaffectionen nur 9 Mal das Velum mitbetheiligt (die betreffenden Patienten stellten sich allerdings relativ spät vor). — Die Velum-Lähmung ist meist beidseitig.

Es folgen nun in unserer Häufigkeitsscala der Erkrankungen die Augenstörungen. *G.* stehen 25 Fälle (1872—83) von Prof. *Horner* zu Gebote. Bei allen sind Accommodations- oder Augenmuskelstörungen nachweisbar; Amaurose, von andern Autoren erwähnt, kam nicht vor. Das Leiden stellte sich 2—18 Wochen nach der diphtheritischen Erkrankung ein. Alter der Patienten: 5—16 Jahre, im Mittel $9^1/_2$; 1 Kind war bloss 2 jährig. Von 451 Lähmungen der Augenmuskeln, zum grössten Theil durch Trauma und Syphilis bedingt, datiren nur 3 von Diphtheritis her; dagegen fallen 24 diphtheritische Accommodationsparesen auf 90 allgemeiner Natur. Differential-Diagnose zwischen diphtheritischen Muskelparalysen und solchen nach anderen Krankheiten: bei letzteren geben nur schwere Processe die Veranlassung dazu, bei Diphtheritis auch sehr leichte; bei den diphtheritischen Lähmungen ist der Intervall zwischen Primär-Affection und den Lähmungen meistentheils ein längerer, bei den anderen Leiden erscheint die Lähmung direct nach der Primärerkrankung. Mit Ausnahme von 2 Fällen, wo noch Ulcera im Halse, war bei den übrigen die Diphtheritis abgelaufen. — Die Sehschärfe war 11 Mal geschwächt. Ausser in 1 Fall wurden die Optici normal befunden. — Geringer Astigmatismus ergab sich in einigen Fällen, in fast allen bedeutende Hypermetropie, manchmal ungleich auf beiden Augen. Therapeutisch wurden Convexgläser verordnet. *Horner* u. A. versuchten Calabar, wodurch vielleicht etwas schnellere Heilung. Hauptsache: allgemeine Kräftigung.

Drittens reihen sich die Extremitäten-Lähmungen an. Dieselben verliefen meist hartnäckig und unter den Erscheinungen der Coordinationsstörungen. Die Affection trat nie plötzlich auf: Schwäche und Müdigkeit in den Beinen u. s. w., bis völlige Lähmung anfangs der unteren Extremitäten, dann der oberen sich ausbildete. In fast allen Krankheitsbildern „taumelnder Gang, Auftreten mit den Fersen, die schlendernden Bewegungen beim Gehen und die unsicher ausgeführten Geberden mit den Armen. Können die Kinder noch stehen, so stehen sie mit ausgespreizten Beinen wackelnd und schwankend da.“ Schwindel, Kopfschmerz und psychische Alterationen wurden nicht sicher nachgewiesen. Verfasser glaubt jedoch, dass sie in allen schweren Formen existirt haben. Das Benehmen der Patienten war apathisch. In der Mehrzahl waren beide Extremitäten gelähmt. — Sensibilitätsstörungen bot ein einziger Fall. — Atrophie — beider Deltoidei — einmal vorhanden. Wo auf Sehnenreflexe geprüft worden, waren dieselben stets stark abgeschwächt. Bedeutende Abschwächung der faradischen Contractilität ohne Erhöhung der galvanischen, manchmal auch Abschwächung der letztern. — Die Larynxaffectionen kamen gleich häufig und manchmal auf die gleich lange Dauer vor wie die der Extremitäten. — Der n. facialis war 4 Mal gelähmt: 2 Mal beiderseits, 1 Mal rechts, 1 Mal links. Hypoglossus und Schlundmuskulatur waren 2 Mal ergriffen, ebenso die Halsmuskulatur. — Die Lähmung der Respirationsmuskeln brachte einen kleinen Patienten in die allerhöchste Lebensgefahr. Die Bauchmuskeln waren 1 Mal derart gelähmt, dass sie zur Athmung nicht mithalfen. — Bei einem Mädchen mit einseitiger Paralyse der Rückenmuskulatur resultirte eine Kyphoscoliosis dorsalis paralytica. — Lähmung der Blase und unwillkürlicher Stuhlabgang erfolgte in je einem Falle. — Der Puls war nie erheblich gesunken, gewöhnlich war er etwas erhöht. *Weber* dagegen fand unter 36 Fällen 6 Mal ein auffallendes Sinken des Pulses — Erbrechen stellte sich 3 Mal ein. — Das Sinken des Pulses und das Erbrechen sind vielleicht Folge einer Affection des Vagus und Glossopharyngeus. — Entgegen den bisherigen Angaben, dass auf der Höhe des Lähmungsstadiums die Temperatur sinke, fand *G.* in manchen Fällen Fieber; nie ergab sich während der Lähmung subnormale Temperatur. — In 7 Fällen Complication mit Albuminurie.

G. will von einer „allgemein gültigen Regelmässigkeit im Auftreten



der Lähmung nichts wissen.“ In seinen Fällen war die Velum-Lähmung zuerst erschienen; dann kamen aber Larynx, Extremitäten u. s. w. in verschiedener Reihenfolge. — Die Lähmungsdauer variirte von 3 bis zu 82 Tagen; Durchschnitt: 31 Tage oder 5 Wochen.

Die Diagnose ist meist leicht zu stellen, zumal wenn das Vorausgehen der Diphtheritis feststeht. Als besonders wichtig hebt *G.* den Umstand hervor, dass die Psyche des Patienten — hie und da wohl geringer Torpor und Abgeschlagenheit — nicht merklich alterirt sei. Die allfällige Differentialdiagnose zwischen grauer Degeneration des Hinterstrangs und Geschwülsten in der hintern Schädelgrube etc. dürfte keine Difficultäten bieten. Prognose: Alle hier angeführten, theils sehr schweren Lähmungen heilten, während *Abercrombie* von 18 Fällen 7 verlor in Folge von Lungenaffection (Schluckpneumonie?). — Am gefährlichsten sind wohl die Lähmungen der Respirationsmuskeln. *G.* citirt einen Fall, wo mit grösster Mühe und dem stärksten faradischen Strome, wo der galvanische seine Wirkung versagte, der Patient wieder zum Athmen gebracht wurde, obwohl derselbe bei seinem Eintritt schon in den hintern untern Lungenabschnitten eine sehr ausgedehnte Bronchitis mit beginnender Pneumonie besass. Die Therapie trägt zur guten Prognose bei. Sehr wichtig ist die Ernährung — Milch, Milchbrei, Fleischbrühe, Eier, Eiergrog, leicht verdauliches Fleisch etc. — Oft können feste und breiige Speisen gut geschluckt werden, während flüssige regurgitiren und umgekehrt. Einige Kranke können nicht warme, bloss kalte Flüssigkeiten schlucken. — Zweckmässige Lagerung ist natürlich nothwendig. — In gewissen Fällen muss zur Schlundsonde und ernährenden Klystiren Zuflucht genommen werden. Neben sanitarisch günstigen Verhältnissen können Eisen- und Chinapräparate in Anwendung kommen. — Die Electricität spielt eine sehr grosse Rolle; der oben erwähnte Fall wäre ohne ihre Hülfe verloren gewesen. — In einzelnen Fällen wurden Brucin-Injectionen gemacht. — Von anderer Seite werden kalte Bäder und Douchen empfohlen, ebenso Strychnin-Injectionen. Ist nur das Velum gelähmt, so genüge Ruhe und ein zweckentsprechendes Verhalten.

W. Odermatt.

Cantonale Correspondenzen.

Solothurn. Zur Pneumonia contagiosa. Ich lese in Nr. 17 Ihres geschätzten Blattes die Verhandlungen der medicinisch-pharmaceutischen Gesellschaft des Bezirkes Bern über Pneumonia contagiosa. Da ich in den letzten Jahren dreimal Gelegenheit hatte, solche gefährliche Hausepidemien zu beobachten, die mir noch ziemlich frisch im Gedächtniss sind, will ich versuchen, dieselben einer weitern Beurtheilung zugänglich zu machen.

Die erste dieser Epidemien betraf eine wohlhabende Bauernfamilie in gesunder Lage zu Neuendorf, Kanton Solothurn. Dieselbe zählte drei Schwestern und einen Bruder im durchschnittlichen Alter von 40—60 Jahren. Zuerst erkrankte der Bruder an einer einseitigen, nicht gar ausgedehnten Pneumonie, die sich durch niedrige Temperaturen und schleppenden Verlauf auszeichnete. Wie ich nachträglich eruirte, war der eigentlichen Erkrankung ein heftiger, nicht weiter beobachteter Katarrh vorausgegangen. In 3—4 Wochen trat Genesung ein (1). Etwa 14 Tage nach dieser ersten Erkrankung wurde eine Schwester ergriffen. Merkwürdig in diesem Fall, wie in allen nun weiter beobachteten Fällen, war der Beginn der Krankheit. Dieselbe manifestirte sich zumeist als heftiger Bronchialcatarrh, mit spärlichem, zähem Auswurf, der aber keinen Geruch verbreitete. Am 4. bis 6. Tage entwickelten sich dann, meist gleich auf beiden Lungen, kleinere, disseminirte pneumonische Herde mit Fieberanschwellung, blutigen Sputis und Seitenstechen. Diese disseminirten Herde vergrösserten sich dann nach und nach, confluirten unter einander oder mit neugebildeten, so dass schliesslich in jedem Falle eine doppelseitige Pneumonie mit schweren Erscheinungen vorlag. Der Tod trat unter schwerer Prostration und Dyspnoe ein, meist in 10—14 Tagen nach Beginn des Katarrhs, 5—8 Tage nach dem Auftreten der eigentlichen pneumonischen Symptome. Auf diese Weise erkrankten nach einander in 8tägigen Intervallen die drei Schwestern unter den gleichen Symptomen und mit dem gleichen traurigen Ausgang (2, 3, 4). Der Bruder hatte sich unterdessen wieder ordentlich erholt. Nach Abgang der drei Geschwister empfahl ich allerdings gründliche Rei-



nigung und fortgesetzte Lüftung ihrer Wohnräume. Es herrschte aber damals der strenge Winter 1879/80, und die Lüftung mag wohl einige Tage ausgeführt, dann aber wieder unterlassen worden sein. Etwa 14 Tage nachdem man die letzte Schwester hinausgetragen, erkrankte nun auch der zuerst ergriffene Bruder wieder, ebenfalls unter den gleichen Symptomen, um nach kurzer Zeit seinen Schwestern zu folgen und zwar diesmal auch nach einer doppelseitigen Pneumonie (5). Harnuntersuchungen wurden leider keine gemacht, Obductionen nicht gestattet. Nicht unerwähnt will ich lassen, dass eine 17jährige Bruderstochter, welche in dem Hause ab- und zuging, um diese Zeit an schwerer Gesichtsrose erkrankte.

Gleichzeitig mit dieser Hausepidemie beobachtete ich in gleicher Gegend, etwa $^1/_2$ Kilometer von jenem Hause entfernt, in einer Familie von drei Personen zwei Fälle von Lungengangrän, ebenfalls mit lethalem Ausgange. Zuerst wurde der etwa 60jährige Vater ergriffen (6) und genau 8 Tage später der 25jährige Sohn (7). Beide erkrankten plötzlich mit Stechen und Schüttelfrost, mit schwärzlichem, stinkendem Auswurf, und gelangten am 5. Tage zum lethalen Ende. Diese Krankheitsform glich der oben beschriebenen in keiner Weise, konnte auch nicht mit jener in Zusammenhang gebracht werden. Dennoch war offenbar Contagiosität vorhanden.

Im Winter 1881/82 hatte ich in hiesiger Gegend Gelegenheit, eine dritte derartige Hausepidemie zu sehen.

Zuerst erkrankte in Recherswyl eine etwa 60jährige Frau an den Erscheinungen des oben angeführten Bronchialkatarrh's (8). Die bald auftretenden zerstreuten Verdichtungen des Lungengewebes, Seitenstechen, mässiges Fieber, blutige Sputa, leichte ikterische Verfärbung mit grosser Hinfälligkeit der Kranken liessen mich keinen Augenblick im Zweifel, dass ich es wieder mit jener bösartigen ansteckenden Form von Pneumonie zu thun hatte. In diesem Falle nun stellte ich die Diagnose, machte die Leute auf das Gefährliche der Krankheit aufmerksam und empfahl namentlich fleissiges Lüften. Der Verlauf bei der Mutter war glücklich; die primären Verdichtungen vergrösserten sich nicht, confluirten nicht, sondern gelangten nach und nach zur Resorption, nicht unter der bekannten Form der Krise, sondern allmälig.

Acht Tage nach dem Krankwerden der Mutter wurde eine circa 35jährige Tochter befallen und zwar unter sehr stürmischen Erscheinungen gleich doppelseitig (9). Dieselbe gebar, wohl unter dem Einfluss der Krankheit einen Monat zu früh, noch Zwillinge und starb bereits am dritten oder vierten Tage.

In derselben Zeit, 2 Tage nachher, erkrankte eine Schwägerin, welche die beiden Vorhergehenden gepflegt hatte (10), ebenfalls unter den gleichen Symptomen, an doppelseitiger Pneumonie. Diese Letztere erholte sich nach einem langwierigen, sehr schweren Verlaufe wieder. Auch in diesem Falle löste sich die Pneumonie nicht durch Krise, sondern allmälig. Mutter und Schwiegertochter (8 und 10) wiesen übrigens noch pleuritisches Reiben auf und bei Beiden fand sich 2—3 Tage lang Eiweiss im Urin.

Die Therapie war in allen Fällen neben den üblichen Ableitungen excitirend (Senega, Digitalis, Campher, Benzoë, Moschus, Wein, Cognac).

In den sub 1—5 und 8—10 angeführten Fällen handelt es sich offenbar um die nämliche Krankheitsform. Ob die Fälle 6 und 7 ebenfalls hieher zu rechnen sind, als sehr schwere Form mit äusserst rapidem Verlauf, lasse ich dahingestellt. Ich resümire über das klinische Bild derselben Folgendes:

1. Die Krankheit beginnt meist mit den Symptomen eines intensiven, über eine oder beide Lungen verbreiteten Katarrhes der Bronchien mit spärlichem, zähem, visciden Auswurf und den gewohnten vielgestaltigen Rasselgeräuschen.

2. Hepatisation des Lungengewebes tritt nicht in grossen Abschnitten, ganzen Lungenlappen sofort auf, sondern meist in kleinern Herden an verschiedenen Stellen (Lobuli?).

Es hat mir oft den Eindruck hinterlassen, als ob die katarrhalischen Erscheinungen sich an gewissen Stellen stetig steigerten, bis sie dann zur vollständigen Verdichtung des Gewebes führten. (Dämpfung, Bronchialathmen.) Erst von diesem Momente an traten blutige Sputa auf. Diese primären Herde zeigten sich meist gleichzeitig an verschiedenen Stellen der Lungen und führten erst allmälig zur Verdichtung ganzer Lappen. Doch scheint mir Fall 9 dafür zu sprechen, dass bei stürmischem Auftreten der Krankheit auch gleich grössere Abschnitte ergriffen werden können.



3. Das Allgemeinbefinden der Kranken ist sofort schwer afficirt. Die grosse Prostration steht in scheinbarem Widerspruche zu dem anfänglich geringen objectiven Befunde. Dabei beobachtete ich bei allen Kranken jene leichte icterische Verfärbung, wie man sie bei septicæmischen Processen wahrnimmt, durchaus nicht jenen intensiven Icterus, wie er zuweilen bei schweren Fällen von rechtsseitiger croupöser Pneumonie vorkommt. Die Reconvalescenz der drei Genesungen dauerte sehr lange. Die Pneumonie löste sich in keinem Falle kritisch, sondern allmälig.

4. Entgegen den Erscheinungen bei croupöser Pneumonie erreichte das Fieber nur in Fall 9 die gewohnte Höhe von 40—41; in den andern Fällen bewegte es sich meist zwischen 38,5—39,5.

5. In ätiologischer Hinsicht halte ich auch dafür, dass die ersten Fälle infectiöser Natur waren; das schädliche Agens müsste aber in tellurischen oder atmosphärischen Einflüssen gesucht werden, denn mit Papageien oder andern exotischen Vögeln ist keine dieser Familien in Berührung gekommen. Ueber die Contagiosität der Krankheit kann wohl kein Zweifel aufkommen. Das Incubationsstadium mag ziemlich genau acht Tage dauern.

6. In prognostischer Hinsicht muss die Krankheit als sehr bösartig bezeichnet werden. Von den 8 beobachteten Erkrankungen genasen nur die drei leichtern, resp. von sieben Personen starben fünf, wenn man die zwei Fälle mit Gangrän gar nicht in Betracht zieht.

Kriegstetten, im September 1883. *J. Sidler*, Arzt.

Wochenbericht.

Schweiz.

Einladung zur XXVII. Versammlung des ärztlichen Central-Vereins Samstag, den 27. October 1883 in **Olten.**

Verhandlungen im Theatersaale. Anfang präcis 12 Uhr.

Verhandlungsgegenstände:

1) Bericht des Präsidenten.
2) Neuwahl des ständigen Ausschusses des Central-Vereines.
3) Mittheilung über einen geheilten Fall von Magenresection von Prof. Dr. *Socin* (Basel).
4) Mittheilungen über den Unfall des weiland Dr. *Troxler* von Dr. *A. Steiger* (Luzern).
5) Vortrag über Urethralwunden von Dr. *Kaufmann* (Zürich).
6) Mittheilung über die Hülfscasse für Schweizer Aerzte von Dr. *A. Baader*.

Banket um 3 Uhr im Bahnhofrestaurant Biehly.

Zu dieser Jahresversammlung am Stiftungsorte unseres Vereines laden wir auf das Herzlichste ein die Mitglieder des ärztlichen Centralvereins, unsere Freunde der Société médicale de la Suisse romande, sowie alle lebensfrischen, arbeitsfreudigen Collegen.

Im Namen des ständigen Ausschusses des Centralvereins:

1. October 1883. *Sonderegger*, Präsident.
Burckhardt-Merian, Schriftführer.

Rechnung des schweizerischen ärztlichen Centralvereins, gestellt auf 1. Juli 1883.

a) Einnahmen:

Saldo vom 1. Januar 1882 (s. Corr.-Bl. 1882, S. 57)	Fr.	794. 05
Beitrag der Section Genf	„	42. —
	Fr.	836. 05

b) Ausgaben:

1) an Zollikofers (St. Gallen) Druckerei für 120,740 Aufrufe an das Schweizervolk betreffend Epidemiengesetz	Fr.	1223. —
2) an verschiedene Zeitungsexpeditionen für Beilegung des Aufrufes	„	85. 50
Transport	Fr.	1308. 50



	Transport	Fr.	1308. 50
3) Installationskosten für Ausstellung durch die schweiz. Aerzte-commission an der Hygieine-Ausstellung in Zürich		„	114. —
4) Einladungscirculare		„	76. 75
5) Photographie-Album		„	30. —
6) Abwart in Zürich		„	5. —
7) Porti		„	8. 80
8) Becherwein		„	5. —
		Fr.	1548. 05

Somit besteht ein Deficit von Fr. 712. — vorgeschossen von Dr. *Sonderegger* in St. Gallen (Fr. 682) und Prof. Dr. *Burckhardt-Merian* in Basel (Fr. 30), welche die Drucksachen und das Photographie-Album besorgen liessen.

Die schweizerischen Aerzte haben ihren Standpunct zur Zeit der Abstimmung über das Epidemiengesetz mit Wort und That gewahrt. Sie müssen es einstweilen den Epidemien überlassen, eindringlicher als durch Worte die Bevölkerung zu belehren, dass man nicht ungestraft Erfahrung und Wissenschaft verhöhnt. Wir haben als Geschlagene die Kriegskosten zu bezahlen. Die Aerzte-Commission hat beschlossen, von den Mitgliedern der Sectionen des schweizerischen Centralvereins für die Jahre 1882 und 1883 eine Steuer von Fr. 1. 50 und von den Mitgliedern der ärztlichen Gesellschaft der romanischen Schweiz eine solche von 75 Centimes zu erheben. Die grössten Ausgaben sind eben für die deutschen Ansprachen gemacht worden. Der Cassier wird nächstens seine Circulare an die Sectionen versenden und ersuchen wir Sie, denselben guten Empfang zu bereiten.

Für die schweizerische Aerzte-Commission:

Der Präsident: Dr. *Sonderegger*. Der Cassier: Dr. *A. Steiger*.

Bern. Den 18. August abhin starb in Meyringen im hohen Alter von 78 Jahren Collega *Joh. Bircher*, seit dem Tode von Dr. *Schneider* einer der Nestoren der Berner Aerzte. *Bircher* war noch ein Arzt aus der alten Schule, für jüngere Collegen mit seiner Therapie unverständlich.

Geboren 1805 in Meyringen, wo schon sein Vater als Arzt practicirte, besuchte er die damals wohl schwachen Schulen des Heimathortes; nachher wurde er von einem Lehrer aus der pestalozzischen Schule in Iferten für die Academie vorbereitet. In drei Jahren wurden da die damals nothwendigen Kenntnisse eines Arztes erworben, dann ging's zu Dr. *Morhard* in Moutier, da wurde ein halbes Jahr lang practische Medicin studirt und zugleich die Kenntniss der französischen Sprache erworben. Zu Hause präparirte sich *Bircher* noch ein weiteres halbes Jahr für das bernerische Staatsexamen, das im Herbst 1827 mit Erfolg bestanden wurde. Mit 22 Jahren muss er hinaus in's practische Leben. Nur wer das weit ausgedehnte Thal des Oberhasli mit seinen beschwerlichen Wegen kennt, kann auch beurtheilen, welche Summe persönlicher Leistung und Aufopferung jeder Art es erfordert, um da mehr denn ein halbes Jahrhundert als Arzt auf seinem Posten zu stehen. Dabei war erst die materielle Entschädigung eine völlig unzureichende, da er bis an sein Ende noch die gleichen Taxen forderte, wie vor 50 Jahren.

Wohl oft mochte er das Unzulängliche seines medicinischen Wissens fühlen, und so suchte er Versäumtes nachzuholen. Im Jahre 1836 benützte er einen längeren Aufenthalt in Wien — er hatte einen Patienten dorthin begleitet — zum Besuche der dortigen Kliniken und Vorlesungen.

Sein Familienleben war ein äusserst unglückliches. Zum vierten Male verheirathet, überlebte er seine vierte Frau noch um 6 Monate. Von 6 Kindern waren die talentvollsten schon frühe hingestorben — ein Sohn, zu seinem Nachfolger bestimmt, wurde erschossen —, und die andern weilen fern von der Heimath. So stand der greise Mann an seinem Lebensabend vereinsamt da, von keiner liebenden Hand gepflegt. Eine beneidenswerthe Gesundheit, selten durch Krankheit gestört, ermöglichte ihm die Ausübung seines Berufes bis in die letzten 2 Monate seines Lebens.

Von einem leichten apoplectischen Anfall im März hatte er sich indessen nie mehr gehörig erholt, er kränkelte seither öfters und siechte langsam dahin, bis er endlich, ein vollständiges Bild des Marasmus senilis, lebensmüde seine Augen für immer schloss. — Dem Manne ist das Requiescat in pace wohl zu gönnen. Ehre seinem Andenken! *R.*

Genf. Bei der vom internationalen Comité vom Rothen Kreuze ausgeschriebenen Preisbewerbung betreffend Improvisirung von Mitteln zur Behandlung und zum Transporte Verwundeter und Kranker (s. Corr.-Blatt 1882, S. 28) erhielt rücksichtlich des Themas „Improvisirung von Behandlungsmitteln“ den ersten Preis von 2000 Fr. Oberstabsarzt *Port* in München, den zweiten von 500 Fr. Dr. *Cubasch* in Stansstad. Rücksichtlich des zweiten Themas „Improvisirung von Transportmitteln“ erhielt gleichfalls Dr. *Port* den ersten Preis von 2000 Fr., den zweiten von 500 Fr. Dr. *Röse* in Hamburg. Rücksichtlich der dritten Frage „Improvisirung von Lazareträumlichkeiten“ wurde nur ein zweiter Preis zuerkannt und zwar dem Oberarzte Dr. *Cuignet* in Lille.

Neuchâtel. Herbstversammlung der Société médicale de la Suisse romande. Wegen Collision mit Militär-Manövern wurde beschlossen, diese Versammlung, zu der die Collegen der deutschen Schweiz auf das freundschaftlichste sind eingeladen worden, auf den 12. und 13. October zu verlegen. Das Einladungsprogramm (s. Corr.-Bl., S. 387) bleibt im Uebrigen unverändert.

Personalia. Wir theilen vorläufig mit, dass Herr Prof. Dr. *Huguenin* in Zürich aus Gesundheitsrücksichten seine Professur niederlegt.

Die Herren Privatdocenten Dr. *Jentzer* und *A. Reverdin* in Genf wurden zu PProf. extraord. für Geburtshülfe und Chirurgie ernannt.

Der leitende Ausschuss für die eidg. Medicinalprüfungen wählte zum Präsidenten Herrn Sanitätsrath *L. Meyer* in Zürich, zum Vicepräsidenten Herrn Dr. *Challand* im Bois-de-Céry.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. August 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Masern 1 Fall in Kleinbasel. — Varicellen 2 Anzeigen. — Scharlach 9 Erkrankungen (11, 10, 9), sämmtlich in Kleinbasel, darunter 5 in einem Hause. — Hals- und Rachenbräune 5 Fälle (7, 5, 2). — Typhus 20 Erkrankungen (13, 18, 12), worunter 3 von auswärts importirt, 7 im Birsigthale. — Pertussis 6 zerstreute neue Fälle (4, 13, 12). — Erysipelas und Puerperalfieber je 1 Erkrankung.

Vom 26. August bis 10. September 1883.

Masern 2 Fälle im Birsigthal. — Rubeola und Varicellen je 1 Anzeige. — Scharlach 15 Erkrankungen (10, 9, 9), wovon 9 im Birsigthale. — Diphtherie und Croup 5 zerstreute Fälle (5, 2, 5). — Typhus 8 Erkrankungen (18, 12, 20), worunter je 3 im Birsigthale und in Kleinbasel. — Erysipelas 2 Fälle (7, 8, 1). — Pertussis 19 Anzeigen (13, 12, 6), wovon 15 in Grossbasel.

Vom 11. bis 25. September 1883.

Von Varicellen, Rubeola und Parotitis je 1 Anzeige. — Scarlatina 16 Erkrankungen (9, 9, 15), wovon die Hälfte in Kleinbasel. — Diphtherie und Croup 7 Fälle (5, 5), wovon 3 in Kleinbasel. — Typhus 6 Fälle (12, 20, 8), wovon 4 in Kleinbasel, 1 von auswärts importirt. — Erysipelas 3 vereinzelte Fälle (6, 1, 2). — Pertussis 5 Anzeigen, sämmtlich aus Grossbasel (12, 6, 19). — Kein Puerperalfieber.

Briefkasten.

Schweiz. Medicinalkalender. Abänderungen sind sofort anzumelden, da der Druck beginnt.
A. Baader.

Hülfscasse für Schweizer Aerzte. Die zweite Liste der Spender folgt in nächster Nummer.
A. Baader.

Aerzte-Album. Mit verbindlichem Danke erhielt ich die Photographien der verstorbenen Collegen DDr. *Hirzel* (Thalweil), *Hess* (Uster) und *Frei* (Zürich). *A. Baader.*

Herrn Prof. Dr. *Lücke*, Strassburg; Dr. *Renggli*, Meiringen; *Fankhauser*, Burgdorf: Besten Dank. — Anonyma in Vivis: Besten Dank für die liebenswürdige Aufmerksamkeit.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 20. XIII. Jahrg. 1883. 15. October.

Zum 27. October.

„Auf nach Olten!“ Mit diesem altbekannten Grusse rufen wir auch heute wieder den Lehrern unserer Hochschulen, den Aerzten unserer Städte und Städtchen und den vielfach mit Ueberanstrengung all' ihrer Kräfte für die leidende Menschheit sich aufopfernden Collegen vom Lande zu, auf eine flüchtige Spanne Zeit herauszutreten aus dem gewohnten Kreise der täglichen Arbeit, um in gemeinsamem Zusammensein einige frohe Stunden zu verleben.

Olten! Tausende fahren täglich bei dir vorüber und kennen von dir kaum mehr als die so knapp bemessene Dauer eines Aufenthaltes der Eisenbahnzüge, die, den grossen Völkerverkehr zwischen Nord und Süd vermittelnd, unaufhörlich hier sich kreuzen; aber Tausende sind auch im Laufe der Jahre hier schon zusammengekommen, um mit Freunden und Gesinnungsgenossen einige Stunden gemeinsamem Ideenaustausch auf dem Gebiete der Wissenschaft, der Industrie und der Politik zu widmen und so für den Kampf des Tages, der auf allen Gebieten wogt, sich zu stärken. Auch uns Schweizer Aerzten bist du wie eine zweite Alma mater seit 13 Jahren die Stätte gewesen, von der eine reiche Saat von Anregung und Belehrung alljährlich aufging, um draussen als reife Frucht sich zu entwickeln und, weiten Kreisen sich mittheilend, Nutzen zu stiften.

Diesmal hat unsere Oltener Zusammenkunft eine um so höhere Bedeutung, als neben wissenschaftlichen Vorträgen und den Mittheilungen über den Stand unserer ärztlichen Hülfscasse die Neuwahl des ständigen Ausschusses auf den Tractanden steht. Da die bisherigen Mitglieder entschlossen sind, eine eventuelle Wiederwahl nicht anzunehmen, um nach 9jähriger Wirksamkeit nunmehr anderen Männern Gelegenheit zu geben, ihre Ideen und ihre Arbeitskraft in dieser hohen Stellung zu entfalten, so wird es sich diesmal nicht wie bisher um einen erneuten Act des Zutrauens des Vereins gegenüber seiner Commission handeln.

Es kommt der Redaction, die selbst im ständigen Ausschusse vertreten ist, nicht zu, hier das besonders hervorzuheben, was derselbe, im Verein mit den zwei Vertretern der romanischen Schweiz als Aerzte-Commission, in den 9 Jahren seiner



Thätigkeit erstrebt und durch ausdauernde Ueberwindung zahlreicher Hindernisse auch erreicht hat, und in wiefern er die Erwartungen erfüllte, mit denen der Verein jederzeit — auch wenn der äussere Erfolg ausblieb — wohlwollend und vertrauensvoll ihm entgegen kam; aber unsere angenehme Pflicht ist es, als Organ unseres Vereines der abtretenden Commission den wärmsten Dank abzustatten für ihre opferwilligen und hervorragenden Leistungen.

Es gebührt dieser Dank den Mitgliedern allen, in erster Linie aber unserem hochverehrten Präsidenten Dr. *Sonderegger*.

Es ist in unseren Augen eine viel schwierigere Aufgabe, einen Centralverein über das erste Jahrzehnt seines Bestehens hinaus frisch und lebensfähig zu erhalten, als einen solchen in Zeiten hoher Begeisterung zu gründen. Wenn nun unser Verein heute so jugendfrisch wie bei seiner Gründung dasteht, so ist das nicht zum geringsten Theile dem Manne zu verdanken, der neben seiner hohen Befähigung vor Allem durch den Zauber seiner so ideell angelegten Natur und durch das jugendliche Feuer, mit dem er jederzeit seine und des Vereines Aufgaben erfasste und an die Hand nahm, uns wie kein Zweiter prädestinirt erscheint, unser Führer zu sein.

Wir können uns den Centralverein nicht denken ohne *Sonderegger* an dessen Spitze, und in Uebereinstimmung mit allen Collegen, mit denen wir diese für unseren Verein so hochwichtige Angelegenheit schon besprochen haben, richten wir deshalb an unseren hochverehrten Präsidenten die dringende Bitte, noch ein ferneres Triennium auf seinem Posten ausharren zu wollen.

Wir sind uns wohl bewusst, dem vielbeschäftigten Manne damit ein grosses Opfer abzuverlangen: aber wir sind überzeugt, dass der ausgezeichnete „Vorposten“ an dem Platze nicht fehlen wird, an den — als den exponirtesten — das Gros der Armee gerade ihn wünscht hingestellt zu wissen.

Um diesem Wunsche den gehörigen Nachdruck zu geben, wird es unsere Pflicht sein, so zahlreich wie nur möglich diesmal in Olten uns einzufinden!

Original-Arbeiten.

Le suicide en Suisse.

Mémoire lu à la réunion du Central-Verein des médecins suisses à Bâle le 26 Mai 1883 par le Dr. **Ladame.**

L'étude du suicide intéresse à divers titres le médecin. D'abord comme praticiens, les médecins sont appelés à rencontrer toujours plus fréquemment des cas de suicides et il importe beaucoup à celui qui pratique notre art de bien connaître les causes du suicide, de savoir apprécier justement les circonstances dans lesquelles il est prémédité et accompli afin de prévenir les effets de ces causes et de modifier, s'il est possible, ces circonstances par une prophylaxie rationelle. Il ne faut pas que le médecin se laisse surprendre par ce dénouement fatal et souvent inopiné, du moins aux yeux des observateurs peu clairvoyants. Le suicide est un symptôme, une terminaison qu'on ne doit jamais négliger de faire entrer comme événement possible, plus ou moins probable même, dans la discussion du pronostic



de certaines maladies, lorsqu'on peut supposer que les circonstances sont de nature à favoriser son accomplissement; car il ne faudrait pas croire que certaines formes d'aliénation mentale et l'alcoolisme soient seuls à considérer comme causes prédisposantes du suicide. Bien d'autres états pathologiques, certaines maladies chroniques, incurables ou douloureuses, les affections vénériennes et d'autres maladies des organes génitaux peuvent y conduire aussi, comme vous avez eu tous sans doute l'occasion de l'observer. Le suicide intéresse encore le médecin comme légiste. Les cas habituels se présentent, il est vrai, sans complications et le plus souvent il n'est pas difficile de dire d'après l'inspection d'un cadavre qu'on a affaire à un suicide; mais il y a des cas où l'on se trouve en présence d'une question délicate et redoutable dont la solution dépend de la science et de la sagacité du médecin. S'agit-il d'un accident, d'un crime ou d'une mort volontaire? Voilà la question, terrible par ses conséquences, à laquelle tout médecin peut être appelé à répondre sommairement devant la justice qui lui en laissera toute la responsabilité!

On ne peut répondre à cette question sans une anamnèse soigneusement faite.

Le suicide intéresse aussi le médecin comme hygiéniste. Dès l'instant où l'on eut compris que les statistiques de mortalité faites avec précision étaient la seule base d'une bonne hygiène, les médecins travaillèrent à améliorer sans cesse ces statistiques. Or, il y aurait sous ce rapport une réforme urgente à apporter à la nomenclature des causes de décès adoptée par le Congrès de Vienne. Le suicide y est noté comme une cause spéciale de mort sans qu'on ait tenu compte des vraies causes qui l'ont provoqué. On a confondu le symptôme avec la maladie, c'est comme si on avait inscrit dans la même rubrique toutes les maladies qui ont pour symptôme commun „la toux" par exemple ou la „diarrhée". Sans doute la vraie cause du suicide reste parfois inconnue, mais en règle générale on peut presque toujours la connaître, et il serait important dans tous les cas de soumettre chaque suicide à une enquête sérieuse. Bien souvent on ne trouve dans les rapports des médecins sur les levées de cadavre d'autre conclusion que celle-ci: „Rien n'autorise à penser que la mort a été causée par autrui." C'est là sans doute une réponse prudente qui ne peut pas compromettre le médecin, du reste c'est tout ce que la justice désire savoir et il ne serait pas opportun de lui en apprendre davantage; mais cette réponse évasive ne peut satisfaire l'hygiéniste, à qui la connaissance des véritables causes de la mort est nécessaire pour l'exercice utile de son ministère préventif. C'est pourquoi les certificats de décès devraient toujours mentionner, chaque fois que cela est possible, la cause du suicide.

Enfin le médecin doit s'intéresser à l'étude du suicide parce que dans la bataille de vie, dans la lutte pour l'existence qui travaille les sociétés humaines, le médecin est un soldat d'avant-poste, un éclaireur, qui ne saurait faillir à son devoir et négliger une occasion quelconque de s'instruire sur tout ce qui peut prévenir ou tout au moins soulager les maux des hommes. Or l'étude du suicide est peut-être une de celles qui pénètre le plus profondément dans les maladies sociales dont souffre notre génération.



Vous avez sondé, vous sondez tous les jours encore les souffrances et les maladies du peuple et tous vous avez reconnu la profonde vérité de ces paroles imprimées dans le beau livre de notre cher président qui fait honneur à notre corps médical tout entier:

„Dem Thörichten und dem Armen wird kein Evangelium gepredigt, für ihn „gibt es keine Gesundheitspflege, er stirbt weder am Alter, noch an seiner Krank„heit, sondern an socialen Verhältnissen; gegen diese sind alle Seuchen „der Erde Kleinigkeiten und wenn die Medicin da nichts zu rathen und zu bessern „vermag, so ist sie ein edler Luxus und mehr nicht!“ (*Sonderegger*, Vorposten.)

C'est parce que nous ne voulons pas que notre art utile soit réduit à la condition d'un „noble luxe“ que nous avons entrepris l'étude du suicide dans les cantons suisses espérant faire partager à nos confrères la conviction de l'importance de cette étude pour tous les médecins.

Nous avons pris pour base de ce travail les publications du bureau fédéral de statistique sur le mouvement des populations de la Suisse de 1876—1880. Ces publications sont faites avec beaucoup de soin et très appréciés par tous ceux qui les consultent; elles offrent réellement un intérêt exceptionnel et deviendront avec le temps une mine inépuisable de faits instructifs et d'informations précieuses pour les médecins, les hygiénistes et les hommes d'état.

De 1876—1880 il y a eu en Suisse un total de 3178 suicides dont 2743 hommes et 435 femmes. La carte que j'ai fait dresser montre comment ces suicides se répartissent suivant les cantons.

Suicides en Suisse de 1876—1880.

Moyenne annuelle sur un million d'habitants:

Neuchâtel 536, Vaud 427, Genève 366, Bâle-Ville 315, Zurich 285, Bâle-Campagne 282, Schaffhouse 282, Thurgovie 279, Berne 230, Appenzell R.-Ext. 218, Soleure 185, Argovie 182, St. Gall 172, Glaris 168, Appenzell R.-Int. 127, Fribourg 119, Grisons 119, Lucerne 95, Zug 80, Schwyz 71, Uri 55, Tessin 53, Valais 47, Unterwald le Haut 26, Unterwald le Bas 0, **Suisse entière 230.**

Vous voyez qu'Unterwald le Bas est le coin privilégié de notre patrie où l'on n'a pas observé un seul cas de mort volontaire pendant les cinq années dont nous parlons. Le canton de Neuchâtel, par contre, tient malheureusement le premier rang dans cette liste funèbre.

Nous avons recherché les causes de cette fréquence extraordinaire des suicides dans notre canton d'origine et nous avons trouvé d'abord que la statistique en était faite très exactement, puis nous avons rencontré aussi bon nombre d'individus étrangers, en passage dans le canton ou s'y étant rendu dans l'intention expresse de mettre fin à leurs jours. Enfin parmi les personnes domiciliées plus de la moitié, les $^3/_4$ même dans certains districts ne sont pas d'origine neuchâteloise. Cependant on signale depuis longtemps la fréquence des suicides sur le sol neuchâtelois. Le canton de Neuchâtel est avec la Suède le pays où l'on a depuis le plus longtemps des données statistiques suffisamment exactes sur le nombre annuel des suicides, qui sont signalés comme fréquents dans ce canton dès les premières années du XVIIIe siècle.



Si nous jetons un coup d'oeil sur la répartition des suicides suivant les cantons nous sommes frappés tout d'abord de voir que cette maladie est surtout fréquente chez les populations qui habitent la chaîne du Jura, de Genève à Bâle. Les cantons alpestres sont les plus épargnés. Il est bon de rappeler ici que les populations du Jura sont surtout industrielles et ont subi de 1876—1880 une crise intense qui a excercé sous nul doute parmi elles une influence considérable sur la fréquence des suicides. Il faut remarquer aussi que les populations des Alpes sont beaucoup plus disséminées que celles du Jura où les agglomérations urbaines sont nombreuses. En outre les décès ne sont pas constatés aussi souvent par les médecins dans les cantons alpins, tandis que dans les cantons jurassiens la constatation des décès est faite généralement par les médecins. Or, vous pouvez vous assurer par le tableau que j'ai fait dresser que le nombre des suicides augmente dans les cantons avec le pour cent de la vérification médicale des décès, ce qui s'explique par une plus grande exactitude de notation. Le demi-canton d'Unterwald le Haut fait seul exception à cette règle. Nous n'en connaissons pas la raison; tandis que Vaud où il y a des préposés spéciaux, non médecins, pour la constatation des décès présente cependant un chiffre élevé de suicides. Enfin les cantons alpestres sont catholiques tandis que le Jura est protestant à l'exception du Jura bernois, et il n'est pas difficile de voir d'après la carte générale des suicides en Suisse que les cantons catholiques offrent une fréquence bien moins élevée de morts volontaires que les cantons protestants. Le Jura bernois offre une confirmation remarquable de ce fait, qui est général (nous en reparlerons tout à l'heure); car tandis que le canton de Berne tout entier a chaque année une proportion de 230 suicides sur 1 million d'habitants, le Jura bernois offre une proportion un peu moins élevée, soit 225. Chose étrange cependant, le Jura vaudois protestant offre une différence relative encore plus tranchée dans le même sens. Ainsi, tandis que le canton de Vaud tout entier a une mortalité par suicides de 427 sur 1 million d'habitants, les districts du Jura n'en ont plus que 354. Il faut probablement faire intervenir ici l'alcoolisme, plus répandu dans d'autres districts de ce canton, pour expliquer cette curieuse observation.

L'alcoolisme est en effet la cause la plus fréquente des suicides en Suisse. Les recherches que j'ai faites dans les dossiers des greffes des justices de Paix du canton de Neuchâtel m'autorisent à dire que chez nous, l'alcoolisme est la cause du suicide dans la moitié des cas environ. On peut donc s'attendre à trouver le vice de l'ivrognerie partout où le chiffre des suicides sera élevé. Ceci se confirme par l'expérience des autres pays. Les mesures sévères qui ont été prises en Finlande, en Norvège et en Suède depuis quelques années contre l'alcoolisme ont été suivies d'une diminution notable du chiffre des suicides. Ainsi en Norvège on comptait en moyenne 107 suicides sur 1 million d'habitants, de 1851—1855, tandis que de 1875—1880, il n'y en a plus que 73. Ceci est d'autant plus remarquable qu'avant 1855 le nombre des suicides allait chaque année en augmentant depuis 1820. A côté de la répression énergique de l'ivrognerie, peut-être faut-il compter aussi comme ayant concouru au même résultat un mouvement très caractérisé d'émigration qu'on a constaté depuis quelques années en Norvège! Nous verrons



en effet que l'émigration est un facteur important dans la diminution du chiffre des suicides.

Les moyennes peu élevées des Etats de l'Amérique du Nord sont de nature à nous démontrer aussi l'influence bienfaisante de la prohibition de la vente des spiritueux sur le nombre des suicides. On se souvient que pendant la guerre de sécession le général Grant a pu interdire dans l'armée du Nord la vente de toute liqueur et leur consommation dans les camps et les casernes. L'opinion publique a pris aux Etats-Unis l'initiative d'un mouvement énergique contre la plaie de l'alcoolisme. Chez nous aussi on commence à s'en préoccuper sérieusement et il serait à désirer que les commissions qui discutent en ce moment les meilleurs moyens de combattre cette plaie en Suisse, fassent une enquête approfondie sur la mortalité provoquée par l'alcoolisme. On verrait alors combien les morts par accident, les morts violentes, les meurtres et les suicides sont fréquemment la conséquence de l'ivrognerie.

Une autre preuve indirecte de l'influence de l'alcoolisme sur les suicides se trouve dans les jours de la semaine où ceux-ci ont lieu le plus souvent. Je n'ai ni l'intention ni le temps de vous parler maintenant des suicides suivant l'âge et le sexe, mais il y a un fait curieux à noter en passant à propos des suicides *féminins*. Les causes du suicide de la femme viennent bien souvent de l'homme et nous pensons que si la femme se suicide surtout le dimanche c'est que l'homme l'abandonne ce jour-là pour aller boire au cabaret, tandis que si l'homme choisit de préférence le lundi et le mardi pour s'ôter la vie c'est encore peut-être sous l'influence de ses habitudes d'ivrognerie. Voilà aussi pourquoi nous pouvons confirmer l'observation que le prof. *Reclam* a faite à Leipzig, où il a constaté que la plupart des personnes qui se suicidaient étaient anémiques et mal nourries. On sait que l'alcoolisme marche de pair avec la mauvaise alimentation.

Quoiqu'il en soit, partout où règne l'alcoolisme, les meurtres et les suicides sont nombreux, tandis que chez les populations sobres on a pu faire la singulière observation d'une espèce d'antagonisme entre les meurtres et les suicides. Lorsque ces derniers augmentent les meurtres diminuent. La courbe que vous avez sous les yeux et qui représente le rang des cantons d'après la fréquence des meurtres et des suicides confirme à quelques exceptions près cette observation. Nous voyons que les meurtres et les suicides sont également fréquents dans les cantons à fortes agglomérations urbaines, Bâle-Ville, Genève, Zurich, ou ceux comme Berne, Vaud, Neuchâtel, Soleure et Argovie où l'alcoolisme est répandu dans certains districts.

Les cantons d'Uri, Schwyz, Tessin, Lucerne et Fribourg sont haut placés pour la fréquence des meurtres et offrent peu de suicides;[1]) Unterwald le Bas est aussi relativement assez élevé pour les meurtres. Bâle-Campagne, Schaffhouse, les Appenzells, Thurgovie et St. Gall sont au contraire au-dessus de la moyenne pour le nombre des suicides et au-dessous pour celui des homicides. Glaris et les Grisons occupent un rang moyen pour

[1]) La fréquence des meurtres pendant les dernières années dans les quatre premiers cantons doit sans doute être attribuée à la construction du chemin de fer du Gotthard qui a employé un grand nombre d'ouvriers italiens.



les deux genres de morts violentes; Unterwald le Haut, Zug et le Valais surtout offrent un minimum de meurtres et de suicides.

En Italie et en Espagne, où l'ivrognerie est très rare, il y a peu de suicides mais les crimes de sang y sont au contraire fréquents. On sait aussi que les grands criminels ne se suicident jamais. En Corse les crimes contre les personnes ont diminué de près de moitié, tandis qu'on a vu par contre les suicides augmenter en proportion de la diminution des meurtres. On est donc autorisé à admettre qu'une partie des crimes-personnes se sont transformés en crimes suicides. Les suicides qui ne sont pas la conséquence d'une maladie mentale doivent ainsi être souvent considérés comme une transformation de la criminalité générale. C'est pour cette raison qu'un savant professeur de médecine légale, le Dr. *Lacassagne* de Lyon, est arrivé à cette conclusion que beaucoup de suicidés sont des criminels modifiés par le milieu social.

L'émigration, avons-nous dit, exerce aussi une influence sensible sur la fréquence des suicides. L'Irlande où l'on trouve un minimum de suicides en est en effet un exemple frappant, mais la courbe de nos cantons est non moins frappante.[1]) Il est vrai que Schaffhouse et Bâle ont beaucoup d'émigrants et beaucoup de suicides, nous ne savons trop pour quelle cause, mais voyez le Tessin, le Valais, Glaris, Unterwald le Haut et Schwyz où l'émigration est élevée, en raison inverse des suicides. Zurich, Vaud, Neuchâtel et Genève ont beaucoup de suicides et peu d'émigrants. Uri, Fribourg, les Appenzells, Thurgovie font aussi voir cette relation entre la fréquence de l'émigration et la mort volontaire, tandis que Berne, St. Gall, Argovie et Grisons offrent un chiffre moyen de suicides et d'émigrants.

Unterwald le Bas seul nous donne le consolant tableau d'un pays où l'émigration et le suicide sont, tous deux, au minimum. Nous voyons aussi que dans ce demi-canton les divorces et les naissances illégitimes sont de même au minimum! N'avais-je pas raison de l'appeler un coin privilégié de notre patrie! Malheureusement la mortalité générale y est assez élevée et l'hygiène privée ou publique trouverait sans doute à critiquer ce beau modèle. Unterwald le Haut est au contraire l'Etat de la Confédération où la mortalité générale a été à son minimum de 1876—1880.

Il suffit de jeter un coup d'oeil sur les tableaux [2]) pour s'apercevoir qu'il n'y a aucune relation entre le suicide et la mortalité générale ni entre les premiers et le nombre plus ou moins élevé des enfants illégitimes. Il n'en est pas de même pour les divorces. Chose bien inattendue il se trouve que la courbe des divorces est parallèle à celle des suicides.[3]) Bâle-Ville paraît seul y faire exception. Bâle-Ville offre encore, il est vrai, une autre anomalie dont la cause nous est inconnue. On y trouve réunis le maximum des mariages et le maximum des enfants illégitimes, deux catégories qui paraissent s'exclure réciproquement. Genève est dans le même cas, mais on y trouve aussi un maximum de divorces. Glaris

[1]) Voir le tableau No. I.

[2]) Nous n'avons pas pu reproduire la carte coloriée ni les nombreux tableaux présentés par Mr. le Dr. *Ladame* à l'appui de son travail. — Nous donnons les plus importants. (Réd.)

[3]) Voir le tableau No. II.

(4e rang pour les divorces et 14e pour les suicides) et Neuchâtel (12e rang pour les divorces, 1er pour les suicides) présentent en sens inverse un écart assez considérable entre les divorces et les suicides, mais doivent sans doute cet écart à la différence de leur émigration qui n'agit que sur la fréquence des suicides.[1])

La coïncidence générale des deux courbes, celle des divorces et celle des suicides, est du reste vraiment frappante et se confirme par les observations tirées des autres peuples. Les pays tels que la Finlande, la Russie, l'Italie, l'Angleterre, où les divorces et les séparations sont très rares, comptent aussi un nombre peu élevé de suicides. Ceux qui présentent au contraire un nombre exceptionnel de divorces comme le Danemark, la Saxe, la Thuringe et la Suisse sont en tête aussi pour la fréquence des suicides. C'est que les divorces et les suicides sont la conséquence d'un même facteur social: la fréquence des gens mal équilibrés.

Mr. le Dr. *Jac. Bertillon* de Paris, le fils de l'éminent confrère dont la perte récente vient de frapper si douloureusement la science démographique, publie en ce moment un mémoire sur le divorce où il met en relief les causes qui peuvent expliquer cette relation imprévue entre la fréquence des divorces et celle des suicides. Mr. *Bertillon* fait remarquer qu'en France on retrouve la même ressemblance entre les deux phénomènes comme je viens de vous en démontrer l'évidence pour la Suisse.

Dans tout le sud de la France, dit-il, les séparations sont rares; rares aussi sont les suicides. Au nord de la Loire, au contraire, les séparations sont fréquentes; fréquents aussi les suicides; toutefois, la Bretagne, la Flandre et l'Artois font exception et comptent peu de séparations et de même peu de suicides. Ces trois provinces se distinguent par là de leurs voisines.

Mr. *Bertillon* fait remarquer en outre, que les époux insupportables et malfaisants qui rendent la vie commune impossible et provoquent ainsi la demande en divorce sont en général des gens dont la vie est condamnable tout entière, sans qu'aucun de leurs actes coupables tombe directement sous le coup des lois, ce sont précisément ces caractères malfaits, ces irréguliers, ces mal équilibrés, ces détraqués dont le nombre augmente toujours davantage dans notre siècle névropathique et qui sont portés aussi au suicide qu'ils consomment absurdement, à la première occasion, au premier prétexte pour ainsi dire qu'ils croient pouvoir invoquer.

Dans bien des cas de ce genre nous sommes aux frontières de la maladie mentale et parmi les phénomènes qui prouvent l'intime relation du suicide et de l'aliénation, il suffit de mentionner la régularité frappante de la plus ou moins grande fréquence du suicide suivant les saisons. Le maximum tombe toujours en été, en Mai, en Juin et en Juillet suivant les pays. L'Irlande, la Saxe, l'Autriche, la Suède et les Pays-Bas ont leur maximum en Mai. La France, la Norvège, l'Italie, la Belgique et le Danemark en Juin; la Bavière, le Wurttemberg, le Grand-Duché de Baden et la Suisse en Juillet. Le minimum est presque partout en Décembre. De même certains crimes contre les personnes sont également plus fréquents pendant les mois chauds. Tout prouve qu'à cette saison correspond une certaine

[1]) Glaris occupe le second rang pour la fréquence de l'émigration (émigration annuelle de 51,4 pour 10,000 habitants), Neuchâtel le quinzième seulement (10,2 émigrants annuels pour 10,000 habitants).

surexcitation cérébrale qui conduit aux résolutions extrêmes et aux actes violents, à la folie, au crime et au suicide.

L'aliénation mentale proprement dite est cependant par elle-même une cause de suicide beaucoup moins fréquente en réalité qu'on ne le croit, beaucoup moins fréquente surtout qu'on ne l'invoque pour excuser la mort volontaire. Il est vrai que certains aliénistes qui seraient assez disposés à voir des fous partout (chacun de nous n'a-t-il pas son grain de folie?) ont affirmé que tous les suicides étaient l'effet d'une affection mentale, tellement l'idée de se donner soi-même la mort leur paraissait contre nature. Nous n'avons pas besoin de les réfuter. Tous les médecins praticiens qui ont quelque expérience du suicide savent que dans bien des cas la mort volontaire est un acte sinon raisonnable, du moins raisonné froidement et prémédité.

Nous avons vu que le nombre des crimes était en intime relation avec celui des suicides. La folie, le divorce, le suicide et le crime ont donc des causes communes; ils subissent les mêmes influences, suivent dans leur développement une marche analogue et croissent ou diminuent selon des lois concordantes. Ce sont au fond des symptômes d'une même maladie sociale qui paraît en voie d'accroissement dans la plupart des nations européennes où le nombre des suicides et des maladies mentales augmente très rapidement depuis quelques années.

Irons-nous jusqu'à dire avec l'école positiviste, dont le prof. *Morselli* s'est montré un si digne représentant dans le remarquable ouvrage qu'il a publié sur le suicide, que c'est une maladie nécessaire, qu'elle est la conséquence naturelle de la lutte pour l'existence et de la sélection humaine, opérant selon les lois du progrès de la civilisation! —

Non, Messieurs. C'est là un point de vue exagéré, résultat de la réaction qui s'est produite contre les doctrines de l'école moraliste métaphysique, où l'on ne voulait voir dans le suicide qu'un effet du libre arbitre de l'individu responsable. Aucune des deux théories, métaphysique ou positiviste, n'est vraie lorqu'on la pousse à ses conséquences; toutes deux, au contraire, renferment une part de vérité et se complètent mutuellement, en présentant l'homme sans le détacher des influences qui s'excercent dans le milieu où il vit, mais en le montrant capable aussi de modifier par son intelligence et sa volonté les conditions de son existence et les dispositions héréditaires qui lui ont été léguées par ses ancêtres.

Rien ne prouve mieux le faux point de vue des positivistes que l'effet produit sur la fréquence des suicides par la religion et par l'émigration.

La foi aveugle qui supprime le doute et la discussion est un frein puissant contre le suicide. Les Mahométans et les Juifs ne se tuent presque jamais. Le coran interdit formellement le suicide. Il y est dit: „Ne vous tuez pas vous-même, car Allah est miséricordieux pour vous; quiconque se tue par malice ou par méchanceté sera certainement rôti au feu d'enfer.“

Les Slaves de la religion grecque et les catholiques se suicident très rarement aussi. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'oeil sur les statistiques des divers pays de l'Europe et sur notre carte des cantons suisses. Ce sont les protestants qui se suicident le plus et cependant on aurait tort d'en conclure que la religion protestante est favorable au suicide, pas plus qu'il ne serait exact de



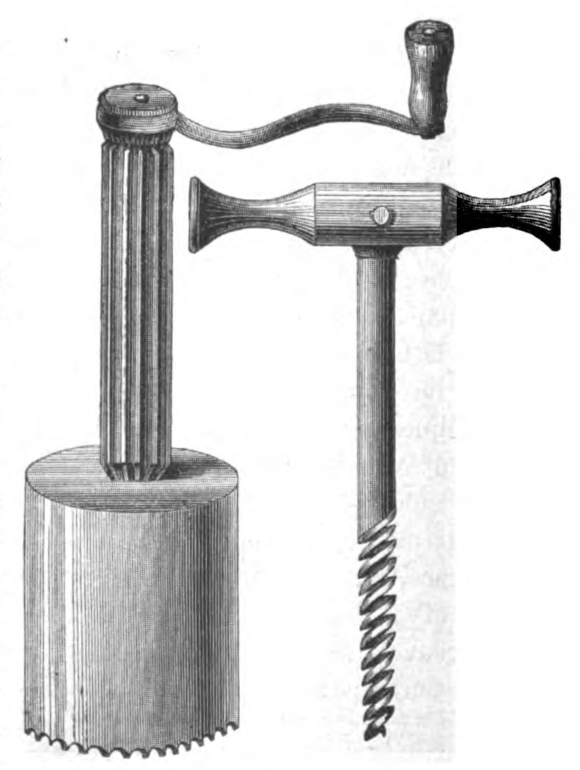
prétendre que l'instruction est une cause de suicide parce que le nombre des morts volontaires est en général en raison directe du degré d'instruction d'un peuple, ce qui est confirmé par le tableau des cantons suisses où sont notés les résultats des examens des recrues. Il en est de l'instruction comme de la religion protestante, toutes deux font d'abord oeuvre de démolition et demandent un effort personnel et des convictions solides, basées sur le travail individuel. Si le caractère n'est pas fortement trempé, si l'individu est mal équilibré, il ne peut supporter cet affranchissement de la pensée que lui apportent l'instruction et une religion dont le principe est le libre examen; il est pris de vertige en sentant qu'il doit marcher seul désormais et qu'il ne peut plus s'appuyer sur l'autorité infaillible.

Il ne suffit donc pas d'éclairer et d'instruire le peuple pour l'émanciper, il faut avant tout former des hommes de bon sens, de caractère et de volonté, et je pense que notre corps médical suisse doit élever fortement la voix pour réclamer cette urgente réforme de l'éducation dans la famille d'abord et ensuite dans l'organisation de l'instruction publique de notre pays. Ce sera là, j'en suis convaincu, un excellent préventif contre le suicide.

Je termine ces quelques considérations générales sur le suicide dans nos cantons en vous remerciant de l'attention que vous avez bien voulu prêter à cette communication.

Schädelbasis-Trephine

nach Prof. **Klebs.**



Das nebenstehend abgebildete Instrument stellt eine zweckmässige Erweiterung des pathologisch-anatomischen Instrumentariums dar, indem es gestattet, Regionen in vollständigster Weise zur Anschauung zu bringen, welche sonst ohne zu grosse Verstümmelung der Leichen nur durch sehr mühsame Arbeit mit Stichsäge und Meissel zugänglich gemacht werden konnten. [1])

Ueber seine Anwendung ist Folgendes zu bemerken:

Nach Entfernung des Schädeldaches und Gehirns wird der Bohrer zwischen den Höckern der vordern Sattellehne senkrecht zur Ebene der Lamina olfactoria oder (bei grösseren Personen und steiler Stellung des Clivus Blum.) mit leichter Neigung des oberen Endes nach hinten, so weit eingebohrt, dass die Spitze die Schleimhäute nicht beschädigt,

[1]) Das Instrument ist bei Herrn Walter-Biondetti (Basel) in vorzüglicher Ausführung zu haben. Preis Fr. 55.



sodann der durch eine seitliche Schraube fixirte Handgriff entfernt und die Trephine aufgesetzt. Es ist nicht nöthig, die Dura mater gänzlich zu entfernen, jedoch zweckmässig, die losgelösten Theile derselben vorher abzuschneiden.

Die Drehungen der Trephine erfolgen unter Anwendung mässigen Druckes. Haben dieselben eine ringsum einschneidende Furche hervorgebracht, so kann der führende Bohrer entfernt werden und wird die Arbeit mit der Trephine fortgesetzt, bis die Knochen der Nasen- und Mundhöhle gänzlich durchsägt sind.

Bei sehr starker Krümmung der Halswirbelsäule und Steilheit des Clivus kann die Halswirbelsäule an ihrer vordern Fläche getroffen werden. Es muss dann dieser Theil nachträglich mit Meissel oder Zange abgelöst werden. Ferner muss Sorge getragen werden, dass die Trephine nicht die Zahnreihe des Oberkiefers trifft, was bei geringer Grösse des Schädels (bei 12—16jährigen und bei Frauen) namentlich dann geschehen kann, wenn die Führungslinie zu schräg von hinten und oben nach vorn und unten gewählt ist.

Nach der völligen Loslösung des ausgesägten Knochentheils wird derselbe mit einer stark gewölbten Knochenzange an den Sägeflächen gefasst und die anhängenden Weichtheile nach oben durch die gebildete Oeffnung in der Schädelbasis hervorgezogen. Selbstverständlich müssen vorher die Trachea, der Oesophagus, nach Belieben auch die Aorta thoracica in der gewöhnlichen Weise von ihrer Umgebung getrennt, ebenso die Zunge und die Weichtheile des Rachens von unten her vom Knochen losgelöst sein.

Das ausgesägte Stück der Schädelbasis enthält die sämmtlichen Augennerven, scharf durchschnitten, den Trigeminus, die Windungen der Carotis cerebralis, die Sinus cavernosi; nach Spaltung des Oesophagus an seiner hintern Fläche ist die ganze Pharynxhöhle zugänglich, ebenso der Tubenwulst und die Tubenöffnungen und die Choanen in natürlicher Lage zu überschauen; wird dann durch einen in medialer Richtung geführten Sägeschnitt der Knochen neben dem Septum narium durchschnitten, so sind sämmtliche Flächen der Nasenhöhle, Theile der Highmorshöhle und die Siebbeinzellen leicht zugänglich.

Referate und Kritiken.

Das medicinische Paris.

Von Dr. *Joseph Schreiber*. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1883.

Mit grossem Interesse haben wir obgenanntes Buch des uns durch seine vortreffliche Schrift über „Massage“ bekannten Verf. durchgelesen. Dieselbe stellt sich uns dar als einen sehr genauen, practischen Führer an alle die Oertlichkeiten und Einrichtungen, die in Paris das Interesse des besuchenden Arztes erregen können. Wer, wie Ref. und mit ihm wohl viele Collegen, s. Z. bei Aufenthalten in Paris sich durch eigenes Suchen und Tasten einigermaassen ein Bild des französischen medicinischen Lebens zu verschaffen bemüht war, wird beim Lesen des *Schreiber*'schen Buches zu seinem Bedauern gewahr werden, an wie vielen höchst sehenswerthen Institutionen er täglich vorübergegangen ist, ohne eine Ahnung von deren Bestande gehabt zu haben. Wir möchten darum allen Collegen, die zu medicinischen Zwecken einen Aufenthalt in Paris zu machen gedenken, diese Schrift als vortrefflichen Reisebegleiter empfehlen. Ein besonderer Vorzug derselben ist ihre Vielseitigkeit. Neben der naturgemäss etwas trockenen Aufzählung aller medicinischen Einrichtungen (medic. Unterricht, Examens-Verhältnisse, Spitäler, medic. Gesellschaften, Findelhäuser, Impfanstalten, Krippen u. s. w.) finden wir treffende kurze Cha-

rakteristiken der französischen Therapie, verglichen mit der deutschen, bündige Skizzirung der Stellung der Professoren und Aerzte im wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Leben, lebendige Schilderung des Pariser Studenten- und Assistentenlebens, oft mit vergleichenden Seitenblicken auf unsere analogen Verhältnisse. Zwischen hinein gestreut finden sich anziehende geschichtliche Mittheilungen (z. B. über das alte Hôtel Dieu). Den Schluss des Buches bilden sehr beherzigenswerthe „Winke für den fremden Arzt“.

Barth.

Ueber die Bedeutung der Leyden'schen Krystalle für die Lehre vom Asthma bronchiale.
Von Dr. *Ungar* in Bonn.
Separatabdruck aus den Verhandlungen des ersten Congresses für innere Medicin.
Wiesbaden, Bergmann, 1882.

Bei 39 Fällen von unzweifelhaftem Asthma bronchiale fand Verfasser jedesmal die *Charcot-Robin-Leyden*'schen Krystalle im Auswurf. Er hält diese farblosen Octaeder, welche auch bei andern bronchialen Erkrankungen sich finden, nur für Zerfallsproducte aus Zellen, aber nicht für die wesentliche Bedingung der Asthmaanfälle. Grösseres Gewicht ist zu legen auf eigenthümliche Fibringerinnsel. Sie entstehen in den feineren Bronchien, haben schlauchförmige, gewundene Gestalt, verästeln, verdünnen sich entsprechend der Bronchientheilung und tragen Zellen der Luftwege, aus welchen eben die *Leyden*'schen Krystalle sich abscheiden; man findet sie regelmässig im Sputum der Asthmatiker als das Product des „Asthmacatarrhs“. Diese Gerinnsel verstopfen die Luftwege und machen dadurch direct Beengung; bedingen compensatorische Blähung benachbarter Alveolen, Emphysem, Zwerchfelltiefstand; führen zu inspiratorischer Athemanstrengung und besonders zu exspiratorischer Dyspnœ durch Hemmung der Luftausströmung, wobei der normale exspiratorische Bronchiolencollaps und die Turgescenz der Schleimhaut mitwirken; kurzum sie veranlassen den „asthmatischen Anfall“. *Seitz.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Bericht über den in Burgdorf vom 3.—17. September 1883 abgehaltenen Curs für Krankenpflegerinnen. Der gemeinnützig-öconomische Verein des Amtsbezirks Burgdorf lässt es sich besonders angelegen sein, den landwirthschaftlichen Bedürfnissen der Gegend kräftig entgegenzukommen durch Curse aller Art. Doch hat er auch andere Interessen deshalb nicht vernachlässigt und der ebenfalls von ihm in's Leben gerufene Curs, über den ich hier einen kurzen Bericht erstatten will, ist wohl der erste in unserm Canton. Er wurde schon im vorigen Winter im Vorstand des Vereins angeregt durch ein Mitglied desselben, Herrn Pfarrer Nil in Kirchberg, der nun mit einem andern Vorstandsmitglied, Herrn Pfarrer Schnyder in Hasle, die nöthigen einleitenden Schritte that. Die beiden Herren conferirten wiederholt mit uns Aerzten, um über die allgemeinen Fragen mit uns in's Reine zu kommen. Die Ausdehnung, Anordnung und Vertheilung des zu behandelnden Pensums bestimmten wir selbst. Der Zweck des 14tägigen — es waren eigentlich nur 12 Tage — Curses war selbstverständlich nicht der, eigentliche Krankenwärterinnen auszubilden, sondern die Frauen und Töchter der Gegend mit den Grundsätzen rationeller Krankenpflege vertraut zu machen.

Der Curs war nur für unsern Amtsbezirk bestimmt. Es wurden indessen auch Einzelne aus andern nahen Gemeinden zugelassen.

Die Anmeldungen waren so zahlreich (60 bis zum festgesetzten Termin, davon über $^1/_3$ von Burgdorf selbst; von den zahlreichen nachträglichen Anmeldungen wurden freilich auch noch eine Anzahl berücksichtigt), dass 4 Gruppen gemacht werden mussten.

Es waren die verschiedensten Stände und mannigfache Altersstufen (vom 17. bis zum 60. Lebensjahr) vertreten.

Der Curs währte jeweilen von 2—5 Uhr Nachmittags. Je 2 Gruppen hatten zusammen während $1^1/_2$ Stunden einen theoretischen Vortrag in einem Schulhaussaale anzuhören, während die 2 andern gleichzeitig, aber jede für sich, von den beiden andern Aerzten einen mehr practischen Unterricht im nahen Krankenhaus erhielten und zwar im obersten augenblicklich nicht benützten Stock. Nach $1^1/_2$ Stunden wechselten diese beiden Gruppen mit den beiden erstern. Was den practischen Unterricht betrifft, so fand in der



ersten Woche sogar schon nach ³/₄ Stunden ein Wechsel statt, da die beiden Aerzte verschiedene Themata behandelten. Es hatte dies zwar den Vortheil, dass sie sich in den Stoff theilen konnten und sich weniger vorzubereiten hatten, aber den noch grössern Nachtheil, dass jeder Vortragende 4 Mal nach einander die gleichen Gegenstände zu besprechen hatte.

Für die zweite Woche war die Anordnung von vornherein in der Weise getroffen worden, dass beide Aerzte dasselbe Pensum hatten und sich dafür in die Gruppen theilten, so dass dann auch erst nach 1¹/₂ Stunden ein Wechsel derselben eintrat.

Die rein theoretischen Vorträge berücksichtigten in der ersten Woche (Dr. *Howald*) den Kreislauf, die Athmung, die Verdauung, die Functionen im Allgemeinen im gesunden und im kranken Zustande und die allgemeinen Grundzüge der Krankenpflege.

In der zweiten Woche (Dr. *Ganguillet*) wurden die wichtigsten Krankheiten besprochen, besonders ihre Ursachen und ihre Prophylaxe, ferner das Wochenbett, die Ernährung von Säuglingen, die Krankenernährung, die Verletzungen und andern Unglücksfälle.

Im practischen Theil wurde in der ersten Woche der Stoff wesentlich nach der vortrefflichen Brochure *Courvoisier*'s „Die häusliche Krankenpflege" [1]) eingetheilt und grossentheils auch behandelt.

College *Ganguillet* sprach über das Krankenzimmer, das Krankenbett und die übrigen Geräthschaften, über die Desinfection und die Bäder. Dabei wurden auch practische Uebungen im Transport Kranker von einem Bett in's andere und im Baden gemacht. An einem Tage wurde er von einer hiesigen Hebamme abgelöst, welche das Einwickeln und Baden kleiner Kinder zeigte und üben liess. — Ich besprach die verschiedenen Arten innerer Mittel und ihre Verabreichung und dann von äussern Mitteln: Einträufelungen in die Augen, das Reinigen und Auswaschen derselben, das Einstreichen von Salben, die Augendouche u. s. w.; Einträufelungen in den Gehörgang, das Ausspritzen und Auswischen desselben; Ausspritzungen der Nase (Nasendouche); Gurgelungen und Pinselungen im Rachen; Inhalationen; Klystiere; Schröpfköpfe, Blutegel; Pflaster, Salben u. s. w.; die verschiedenen nassen Umschläge (auch die Eisbeutel), Kataplasmen, Senfteige und Senfpapiere.

In der zweiten Woche wurden von Dr. *Howald* und mir die wichtigsten Arten von nassen Einwicklungen geübt, die Anwendung von Bettdampfbädern gezeigt, die wesentlichen Erscheinungen des Fiebers besprochen und gründliche Uebungen im Messen der Temperatur, Zählen des Pulses und der Athemzüge gemacht. Ferner wurden die Verwundungen und der erste Verband (Nothverband und einfacher antiseptischer Verband) derselben, die Blutungen verschiedener Art und ihre Stillung (Uebungen im Comprimiren der zuführenden Arterien), die Quetschungen, Verstauchungen, Verrenkungen und Knochenbrüche durchgenommen und die wichtigsten Nothverbände (mit Schienen aller Art, Verbandtüchern und Binden) und auch sonst noch das Hauptsächlichste aus der Verbandlehre geübt, sowie die beiden wichtigsten Methoden der künstlichen Athmung. Es wurde, soweit thunlich, in der zweiten Woche das schon erwähnte vorzügliche Büchlein *Esmarch*'s „Die erste Hülfe in Unglücksfällen" zu Grunde gelegt. Wir legten überhaupt Gewicht darauf, möglichst Alles zu zeigen und, soweit es die beschränkte Zeit und die grosse Zahl der Curstheilnehmerinnen gestattete, zu üben. Hierin wurde der eine von uns beiden Aerzten durch die Oberschwester des Krankenhauses und der andere durch die Stadtschwester auf's beste unterstützt. — Zu den Uebungen und Demonstrationen dienten 6 Mädchen aus der Stadt im Alter von 3—17 Jahren, die dafür entschädigt wurden.

Der Curs verlief zu gegenseitiger vollkommener Zufriedenheit. Unsere „Schülerinnen" zeichneten sich fast alle durch grossen Fleiss und rege Theilnahme aus und stellten oft ganz passende Fragen. Hie und da war allerdings die grosse Verschiedenheit ihrer Vorbildung, ihrer Erfahrung und ihrer Intelligenz etwas störend.

Von vielen Seiten wurde der Wunsch ausgesprochen, es möchte im nächsten Jahre wieder ein solcher Curs stattfinden. Doch wird man wohl damit 2 Jahre warten.

Am letzten Abend versammelten sich Alle noch zu einem gemüthlichen II. Act im

[1]) Sie wurde auch, sowie das gleich zu erwähnende Büchlein *Esmarch*'s angelegentlich zur Anschaffung empfohlen und in der That von Manchen zur Befestigung des Gelernten und zum weitern Studium benützt.



Hôtel Guggisberg. Es wurde dabei u. A. mit Recht betont und zwar zuerst von Collega *Ganguillet*, der Curs möchte nicht nur den betreffenden Familien zu Gute kommen, sondern in den umliegenden Dörfern auch freiwillige Vereine für Krankenpflege der Armen in's Leben rufen. In Burgdorf hat ein solcher in den wenigen Jahren seines Bestehens schon sehr viel Gutes geleistet. *Fankhauser.*

Uri. Andermatt. Da es mir nicht unbekannt geblieben, dass man sich in ärztlichen Kreisen sehr um das Project einer Winterstation in Andermatt interessirt, da aber wegen einzelnen publicistischen Missgriffen das Zutrauen in dieses Unternehmen einigermaassen erschüttert war, so sei es Unterzeichnetem vergönnt, einige Worte zur Orientirung mitzutheilen.

Wenn auch die unter dem Namen des Herrn Christen zum Bellevue in hier herausgekommene Brochure in den schweiz. ärztl. Kreisen wenig Sympathie gefunden, so bleibt demselben doch die Genugthuung, dass nur die Brochure an und für sich kritisirt, nie aber das Klima Andermatts als für einen Wintercurort passend in Zweifel gezogen wurde. Ich bin bevollmächtigt zu erklären, dass weder Herr Christen (oder doch nur zum geringsten Theil) noch ein Arzt Verfasser der Brochure war, sondern ein Herr, dessen Namen zu nennen mir nicht zusteht. Allerdings hat Herr Christen, nachdem er mit seinem Namen unterzeichnet, auch die volle Verantwortlichkeit auf sich genommen. Die Fehler sind begangen, aber es sind nach unserer Ansicht nicht solche, die nicht gut gemacht werden könnten.

Nachdem ich nun mehr wie ein Jahr hier weilte, hatte ich Zeit und Gelegenheit genug, theils aus eigenen Beobachtungen, theils aus den Aufzeichnungen der hiesigen meteorologischen Station mir ein Bild von dem Klima Andermatts zu machen und mein Urtheil geht dahin, dass der Winter entschieden günstiger ist als der Sommer. Einigen vergleichenden Angaben zwischen Winter und Sommer schicken wir wenige kurze Temperaturnotizen aus den von Herrn Dr. *Fassbind* in Gersau bearbeiteten Tabellen (1877/81) voraus. Der kälteste Monat durchschnittlich ist der Januar. Die mittlern Temperaturen sind: 7 Uhr — 9,6, 1 Uhr — 4,7, 8 Uhr — 7,8; das reducirte Mittel beträgt — 7,4. Die Durchschnittswerthe der Beobachtungen zu den drei genannten Tagesstunden stehen im October stets, im November und März um Mittag über Null, im Februar zu Mittag gerade auf dem Gefrierpunct, alle übrigen unter demselben.

Wichtiger als diese Zahlen ist für unsern Zweck der Grad der Bewölkung. Nach den gleichen Zusammenstellungen beträgt dieselbe für die 6 Wintermonate durchschnittlich 5,7, für die 6 Sommermonate 6,4.

Damit stimmt überein das Verhältniss der hellen und trüben Tage, nämlich:

pr. Monat	Winter:	7,3 hell	11,3 trüb
„	„ Sommer:	3,7 „	12,8 „

Auch die Niederschläge sind im Winter, sowohl was Zahl als was Menge anbetrifft, geringer als im Sommer.

	Durchschnittszahl pr. Monat	Menge
im Winter	10,7	109,5
im Sommer	11,8	113,0

Wir fügen diesen Auszügen aus den Tabellen des Herrn Collegen *Fassbind* noch einige eigens gemachte Berechnungen bei betreffend Wind und Nebel, zwei Factoren, die für einen Curort entschiedene Bedeutung haben. Eine Zusammenzählung sämmtlicher Daten während den 5 Jahren 1877/81 (also die gleiche Zeit, die Herr *Fassbind* berücksichtigt) ergibt folgende Zahlen:

	Windstille	N.	NO.	O.	SO.	S.	SW.	W.	NW.	Var.
Winter	1983	349	62	12	33	54	248	165	70	5
Sommer	1694	617	57	6	24	49	232	180	131	—

Es geht daraus hervor, dass Andermatt im Winter weniger Wind hat als im Sommer und dass dieses besonders auf Kosten des N. und NW. geschieht, da im Winter der sog. Thalwind, der von den Schöllenen herkommt und somit als N. bezeichnet ist, fast vollständig wegfällt. Derselbe ist übrigens an den warmen Sommertagen, da er fast nur während den Mittagsstunden weht, vielfach mehr angenehm als lästig.

Den Nebel betreffend haben uns die Witterungsverhältnisse letzten Herbst einen argen Streich gespielt, als ungefähr 20 Aerzte hier im Militärdienst waren, wo Andermatt



3 Tage lang in schwerem Nebel lag. Wir fügen dem damals auf telegraphischem Wege uns eingeholten Beweis, dass es anderwärts nicht besser sei, folgende Nebeltabelle bei, welche die Zahl der Tage angibt und wohl nicht unberücksichtigt bleiben dürfte:

	1877.	1878.	1879.	1880.	1881.	Total.
Januar	—	—	—	1	1	2
Februar	3	2	—	3	1	9
März	2	1	2	2	3	10
October	7	1	4	7	16	35
November	—	1	1	6	2	10
December	5	1	2	3	9	20
	17	6	9	22	32	86

also durchschnittlich per Monat 2,87 (Winter), währenddem es während des Sommers 7,8 trifft. Rechnet man den October, der aus verschiedenen Gründen noch kaum zu den Wintercurmonaten gezählt werden kann, mit der Zahl 35 ab, so trifft es auf die übrigen 5 Monate durchschnittlich sogar blos 2,0 Nebeltage.

Es sei dabei nicht übersehen, dass auch nur ein leichter Nebel, der Morgens oder Abends durch die Thalsohle zog, als Tag bezeichnet ist, dass also die Tage in Wirklichkeit nicht 24 resp. 12 Stunden dauerten, sondern vielleicht nur einige Minuten. Freilich gab es auch Tage, an welchen Nebel mehr als einmal auftrat und wieder verschwand und welche nur einfach gezählt wurden.

Neben diesen objectiven, auf die meteorologischen Beobachtungen gestützten Angaben, noch einige subjective, den letzten Winter betreffend. Derselbe war verhältnissmässig sehr schlecht, so schlecht, dass mir hier allseits gesagt wurde, solche Witterung sei vollständig abnorm. Trotzdem war dieselbe für einen Curgebrauch günstiger als im Flachland. Eingeschneit wurden wir Mitte November. Der Schnee lag über den Winter durchschnittlich ungefähr 3 Fuss hoch, die Schmelze begann Ende März und Anfangs April. Zu Weihnachten und Neujahr fiel 2 mal etwas Regen mit Schnee, woraufhin während den folgenden schönen Tagen das ganze Feld eine solide Oberfläche darbot; das Gleiche war im März jedesmal am Vormittag der Fall. Eigentliche Nebeltage hatten wir den ganzen Winter kaum 4, einige wenige, am Morgen oder Abend vorüberziehende Nebelstreifen sind wohl ohne Bedeutung. Es galt als Regel, dass, wenn im Flachland Nebel lag, wir hier in der Sonne spazierten. Der oben erwähnte Thalwind fehlte fast gänzlich und N. herrschte vorwiegend nur an sonst schon schlechten, schneeigen Tagen, denn gerade die hellen, sonnigen Tage zeichneten sich durch Windstille aus. Wenn die Temperatur im Schatten auch immer unter Null war, so beklagte man sich vielfach in der Sonne über zu grosse Hitze, so dass man den Ueberzieher häufig am Arm mit sich trug oder gar zu Hause liess. An hellen Tagen war es etwas ganz Gewöhnliches, dass das Quecksilberthermometer an der Sonne auf 20,0, 25,0, 30,0° C. und darüber stieg, zugleich mit der für Manchen auffälligen Erscheinung, dass der Schnee trotzdem vollständig fest blieb. Meine Correspondenz besorgte ich vielfach im Freien, nicht aus Renommisterei, sondern weil es mir so am angenehmsten war. Wie mild und angenehm diese Tage waren, mag auch daraus hervorgehen, dass selbst mitten im Winter die Schaf- und Ziegenherden an die Bergabhänge aufgetrieben wurden, von welchen der Schnee heruntergerutscht war. Dieses, wenn auch eintönige Geblöck und Geläute unter klarem Himmel mag wohl so angenehm sein, als ein harmonisches Concert im geschlossenen Salon.

Was die Einrichtung im Hôtel Bellevue anbetrifft, so dürfte dieselbe wohl allen Anforderungen eines Winterhauses entsprechen. Gerade neben dem Hôtel eine 50 Schritt lange, sonnig gelegene, gedeckte Terrasse. Die Pensionspreise werden auch wieder, wie letzten Winter, möglichst billig gestellt werden. So viel zur gütigen Berücksichtigung.

Andermatt, August 1883. *Schmid*, Arzt.

Briefe von der deutschen Ausstellung für Hygieine und Rettungswesen.

Von Dr. *Gustav Custer* in Rheineck.

VII.

Die Gruppe W o h n u n g enthält Musteranlagen für alle Gesellschaftsclassen, hygieinische Einrichtungen in Gasthöfen, Logirhäusern, Restaurants etc. Besonders fand die



Hygieine der Küche eine sehr detaillirte Berücksichtigung mit gesundheitsgemässem Kochgeschirr, Herdeinrichtungen, Eisschränken. Es ist in dieser Gruppe Alles vorhanden, was sich auf die gesundheitliche Verbesserung unserer Wohnräume bezieht mit specieller Rücksichtnahme auf die so nothwendige Zimmerventilation, auf Wasserversorgung. Alle von der neuesten Wohnungshygieine aufgestellten Forderungen und geleisteten Verbesserungen wurden in höchst lebensvoller Weise in einem am westlichsten Ende des Ausstellungsparkes errichteten Normalwohnhaus ad oculos demonstrirt. Es ist dabei die Hygieine des Hauses vom Mauerstein und Fussboden bis zur Dachbekleidung, vom eleganten Speisezimmer bis zur Dachkammer zur Illustration gelangt. Ein Specialcatalog mit einer ausführlichen Abhandlung über „Wohnhaus und Wohnung in ihren gesundheitlichen Beziehungen" (Baugrund, Grundluft, Grund- und Trinkwasser, Eigenschaften der Baumaterialien, Behandlung der Wände und Decken in Wohnräumen, Fenster, künstliche Beleuchtung, Heizung und Ventilation) gibt sehr detaillirte und werthvolle Angaben über die Wohnungshygieine.

Sehr appetitlich ist die grosse Gruppe über Nahrungs- und Genussmittel. Alles, was auf gute und namentlich auch auf billige Volksernährung im Privathause und in Anstalten, für Civil- und Militärbevölkerung sowie auf die Gebrauchsgegenstände dafür Bezug hat, präsentirt sich in zum Theil sehr verführerischem Gewande. Zahlreich sind die verschiedenartigsten Conserven (Milch, Früchte, Fische, Fleischsolutionen). Medicinalweine aus aller Herren Länder, ganze Berge von Fleischextract, Theekisten, Honig, Chocolade, Pumpernickel und Erbswurst reizen in buntester Abwechslung den Gaumen. Sehr angenehm berührte mich der Umstand, dass beinahe keine sogenannten „Gesundheitsschnäpse" ausgestellt sind, welche als Parasiten der Hygieineabtheilung unserer Landesausstellung sich so breit machten und besonders unter der Form der verschiedensten Bitter (in Zürich mehr als 60!) zum stillen und verkappten Alcoholismus treffliche Anleitung und Verführung gewähren!

Höchst instructiv ist die prächtig arrangirte Collection aus dem Museum der agriculturchemischen Versuchsstation in Münster unter dem durch seine Arbeiten über „Chemie der menschlichen Nahrungs- und Genussmittel" rühmlichst bekannten Prof. *König*. Es sind in derselben jeweilen die ächten und verfälschten Nahrungs- und Genussmittel einander gegenübergestellt, so z. B. Zimmtpulver mit Sägespänen, Mehl mit Gyps, Honig mit Stärkesyrup, Tabak mit Kirschenblättern! Daneben finden sich sehr übersichtliche Darstellungen über die chemische Constitution der Nahrungsmittel. Auch in anderen Gruppen, z. B. in den Ausstellungen für Militärsanitätszwecke kehren namentlich die Conserven wieder; so hat der deutsche Ritterorden die anno 1878 im Feldzuge in Bosnien sehr bewährten Gemüseconserven zur Anschauung gebracht.

Die Ernährungs- und Genussmittellehre erhält in verschiedenen Etablissements im Freien eine zum Theil ebenso amusante als höchst practische Anwendung. Es dienen dazu eine in hübschem Holzbau untergebrachte Volksküche nach dem Muster der 14 gegenwärtig in Berlin für die ärmeren Classen existirenden, sehr segensreich wirkenden Anstalten; ferner eine Kochschule des Berliner Hausfrauenvereins mit reichhaltiger Lebensmittelausstellung und feinen Menus, endlich eine neue, sehr frequentirte Militärküche. In dem im Innern mit Moralsprüchen decorirten Pavillon der Volksküche und in der Militärspeiseanstalt, welche auch den Civilisten zugänglich ist, beträgt der Preis für eine Portion 25 Pfennige und kann der Consumirende an der Hand genauer Tabellen über den Gehalt an Eiweiss, Fett und Kohlenhydraten in seinen Fleisch- und Gemüsesorten sich über rationellere oder weniger rationelle Beköstigungsweise um das nämliche Geld orientiren. Grosse Tafeln illustriren die Procentzahlen der einzelnen Nährstoffe in sämmtlichen gebräuchlichsten Nahrungsmitteln. Man sieht selbst die höchsten Herrschaften mit bestem Appetit und lachendster Miene die namentlich in den Dampfkochapparaten der Militärküche auf's trefflichste zubereiteten Gerichte sich zum Magen führen. Wem dies zu profan, kann in der Kochhochschule der Berliner Damen oder in dem grossen Musterrestaurant die raffinirtesten Ansprüche seines leckeren Gaumens vollauf befriedigen: die culinarische Abtheilung der Hygieineausstellung hat für alle Geschmacksrichtungen und Geldbeuteltiefen auf's beste gesorgt.

Viel Interesse wird dem grossen, reich geschmückten und fein eingerichteten Bau der deutschen Carnepuragesellschaft entgegengebracht, welche unter dem für Hebung der

Volksernährung sehr verdienstlich arbeitenden Dr. *Meinert* an Ort und Stelle für ihr Präparat weidlich Anhänger wirbt. Bekanntlich hat *Meinert* in seinem grossen Werke über „Armee- und Volksernährung“ sowie im Schriftchen „Wie nährt man sich gut und billig?“ für das Patentfleischpulver (Carne pura) lebhafte Propaganda gemacht. Er geht von dem Streben aus, jenes Präparat mit der Pflanzennahrung, welche die Hauptmasse bilden muss, in vielgestaltigster Weise zu verbinden. Deshalb bringt die Carnepuraactiengesellschaft auf seine Veranlassung Fleischpulver mit Gemüse und Brodsuppe, mit Erbsen, Bohnen und Linsen, Teigwaaren, Chocolade etc. verarbeitet in den Handel und will dasselbe zu einem universellen Nährmittel sowohl für die einzelne Familie als ganzer Völker machen.

Das aus Südamerika stammende Patentfleischpulver enthält im Durchschnitt 70% Fleischeiweiss und hat sich in manchen Kreisen bereits beliebt gemacht. Es soll dem in der Hauptsache nur als Genussmittel wirkenden Liebig'schen Fleischextract Concurrenz bereiten, weil es im Gegensatz zu jenem sämmtliche Nährstoffe des reinen Fleisches enthält, nur ist diesem das Wasser durch Trocknen entzogen. Das Kilo kostet 4½ Mark, und wird das Präparat als besonders billige Volksnahrung, als schmackhafte (?) und dauerhafte Armee- und Marineconserve empfohlen. Es ist auch bereits für ein besonderes Carnepurakochbuch gesorgt. Es erscheint der Mühe werth, die practische Verwendbarkeit der Conserve eingehend zu prüfen.

Als Dependenzen für Ernährung, Erfrischung und Belebung dienen die im Ausstellungsparke zerstreuten Trinkhallen für Milch, Chocolade und Cacao, Thee, Capwein, Apfelsaft, Mineralwässer; eine ausgezeichnete Hofbäckerei liefert fortwährend das schmackhafteste Gebäck.

Aus der Gruppe „Forschung und Unterricht über Gesundheitslehre und Gesundheitstechnik“ mit besonderer Berücksichtigung der Praxis der Gesundheitspflege verdienen ausser dem reichhaltig ausgestatteten meteorologischen Pavillon zwei der interessantesten Objecte der ganzen Ausstellung besonders hervorgehoben zu werden. Es sind dies die Darstellungen des hygieinischen Institutes in München und der Pavillon des deutschen Gesundheitsamtes. Das erstere, im Jahre 1879 beendigt, wurde für den deutschen Altmeister der wissenschaftlichen Hygieine, für Prof. *Pettenkofer*, als besondere Anerkennung seiner Verdienste in's Leben gerufen. Es enthält u. A. drei Laboratorien und einen grossen Saal mit Sammlungen hygieinisch werthvoller Gegenstände. Es verdiente diese Einrichtung an allen bedeutenderen Universitäten nachgeahmt zu werden.

Die hohe Bedeutung des im Jahre 1875 gegründeten deutschen Reichsgesundheitsamtes und seiner Ausstellung wird es rechtfertigen, wenn wir auf dasselbe etwas näher eingehen.

Bekanntlich ist das Reichsgesundheitsamt trotz seines viel versprechenden Namens eine blos berathende und begutachtende Behörde ohne irgend welche Executivgewalt. In dieser Beziehung verhält es sich gleich wie die in der Schweiz in manchen Cantonen existirenden Localgesundheitscommissionen, welche an dem Mangel selbstständiger Gewalt oft empfindlich laboriren. Das kaiserliche Gesundheitsamt musste sich seines rein consultativen Charakters wegen gleich von Anbeginn an sehr heftige Angriffe gefallen lassen, weil man sich in den zum Theil nur zu hoch gespannten Erwartungen über die Wirksamkeit eines solchen Centralorganes hinsichtlich Schaffung von Gesetzen über hygieinische Baupolizei, Epidemienbekämpfung, über Wasserversorgung, Reinigung und Entwässerung der Städte etc. vielfach getäuscht sah. Auch sind viele schon längst ersehnte Neuerungen auf sanitärem Gebiete, welche man an die neue Behörde knüpfte, bis jetzt fromme Wünsche geblieben. Seine Stellung und Thätigkeit hat das dem Bundeskanzler direct untergeordnete Gesundheitsamt selber in einer Denkschrift im Jahre 1876 folgendermaassen gekennzeichnet: „Die Aufgabe wird sein, das Reichskanzleramt sowohl in der Ausübung des ihm verfassungsgemäss zustehenden Aufsichtsrechtes über die Ausführung der in den Kreis der Medicinal- und Veterinärpolizei fallenden Maassregeln als auch in der Verarbeitung der weiter auf diesem Gebiete in Aussicht zu nehmenden Gesetzgebungen zu unterstützen. Das Amt muss auch darauf bedacht sein, die Wirkungen der im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege ergriffenen Maassnahmen zu beobachten und in geeigneten Fällen den Staats- und Gemeindebehörden Auskunft zu ertheilen, auch die Entwicklung der Medicinalgesetzgebung in ausserdeutschen Ländern zu verfol-

40



gen, sowie eine medicinische Statistik für Deutschland herzustellen." Trotz seiner in manchen Kreisen Deutschlands nur geringen Beliebtheit und auch trotz des Umstandes, dass mancherlei Forschungen und Experimente vom Gesundheitsamte ausgegangen sind, die eigentlich fruchtbringender an einen Lehrstuhl für experimentelle Pathologie zu weisen wären, muss man bei Betrachtung der mannigfachen und wichtigen Arbeiten des genannten Institutes doch gestehen, dass es für die öffentliche Gesundheitspflege eine hohe Bedeutung besitzt. Die hervorragendsten und mannigfaltigen Leistungen des deutschen Reichsgesundheitsamtes sind: Seit 1877 wöchentliche Veröffentlichungen über Klimabeobachtungen, Bewegung und Bekämpfung der Epidemien (mit besonderer Berücksichtigung der Pocken- und Impfstatistik) im In- und Auslande, über Desinfection; wöchentliche Rundschau der Sterblichkeit in deutschen Städten von 15,000 und mehr Einwohnern und 42 Städten des Auslandes; Krankheitsstatistik bei 15 deutschen Eisenbahnen; chemische Analysen für öffentliche Gesundheitspflege (besonders Trinkwasseruntersuchung). Das Gesetz über obligatorische Impfung, über Abwehr und Unterdrückung der Viehseuchen, Gutachten über allgemeine Fleischschau und das Gesetz bezüglich Nahrungsmittelfälschung (veröffentlicht 1879) hatten ihre Geburt ebenfalls im deutschen Gesundheitsamte. Es sind dies Arbeiten von riesigem Fleisse und von segensreicher practischer Bedeutung. Rechnen wir dazu noch die epochemachenden Forschungen und Entdeckungen von *Koch*, des hervorragendsten Mitgliedes des Reichsgesundheitsamtes, auf dem Gebiete der pathogenen Microparasiten und deren ätiologische Beziehungen, die 1881 erschienenen Mittheilungen betreffend experimentelle Untersuchungen über organisirte Krankheitsgifte, über Desinfection etc., so erhalten wir in der kurzen Zeit des Bestehens des Reichsgesundheitsamtes eine wahrhaft erstaunliche Fülle der gehaltvollsten wissenschaftlich und practisch verwerthbarsten Arbeiten. Der Anfang ist gewiss ein vielversprechender und wenn derselbe als „Ausgangspunct der Hoffnungen für die Zukunft" aufgefasst wird, so darf man mit Spannung den weiteren Errungenschaften des deutschen Centralamtes für Gesundheitspflege entgegenblicken.

Der Pavillon des Reichsgesundheitsamtes gibt ein möglichst getreues Bild einiger Einrichtungen im Gebäude jener Behörde selber, dessen innere Ausstattung namentlich mit den Laboratorien, Bacterienzüchtungen und der microscopischen Rüstkammer *Koch's* zu den für Aerzte und Hygieiniker anziehendsten Sehenswürdigkeiten Berlins gehört. Im Pavillon, für dessen elegante Ausrüstung Bismarck aussergewöhnliche Mittel gewährte, sind zwei complete Laboratorien für Lebensmitteluntersuchung und für Experimentalforschung auf dem Gebiete der Infectionskrankheiten sowie der damit in engstem Zusammenhange stehenden Desinfection. Die Medicinalstatistik liefert cartographische Darstellungen über Mortalität in grossen Städten und über die Kindersterblichkeit in Deutschland. Sehr interessant sind darunter die Nachweise über die Pockenbewegung vor und nach Erlass des Reichsimpfgesetzes, um die Wirkung des letzteren namentlich im Zusammenhalte mit ausserdeutschen Staaten ohne streng gehandhabte Impfpflicht zu veranschaulichen. Es geht aus den exact nach den Grundsätzen der Statistik vorgenommenen Erhebungen, bei denen nur vergleichbare Objecte gewählt und Gesammtbevölkerungen, Städte, Armeen mit einander in Parallele gestellt worden sind, hervor, dass die Ergebnisse der Praxis in entschiedenster Weise für die nützliche Wirkung des deutschen Impfgesetzes sprechen, das immer und immer wieder sehr heftige Anfeindungen zu erdulden hat. Das Resultat der sorgsamen Statistik ist, dass die Pocken in Deutschland seit Inkrafttreten des Gesetzes mit möglichst strenger Durchführung in einer früher nie gekannten Weise abgenommen haben. In Nachbarstaaten, welche bisher keine Zwangsimpfung kennen, herrschen die Pocken nach wie vor in beträchtlichem Maasse. Die deutschen Grossstädte haben von der Pockenkrankheit fast gar nicht mehr zu leiden; in bevölkerten Städten des Auslandes fordert dieselbe dagegen noch immer zahlreiche Opfer. Die deutsche Armee ist fast frei von Pocken; die österreichische und französische Armee leiden im Gegensatz dazu noch sehr unter jener Krankheit. Es ist also das Impfgesetz laut der Statistik eine ausserordentlich nützliche und segensreiche Institution.

Der Brennpunct des Interesses ist die Ausstellung der Arbeiten und der Arbeitsmittel in dem Laboratorium von *Koch*, welche die eine Hälfte des Pavillon einnimmt. Reich ist die Welt des Kleinen, mannigfaltig der für die Pathologie und Hygieine so hochwichtige Microcosmus, der hier dem Beschauer entgegentritt. Da sehen wir sie vor uns, in ihren



verschiedenen zum Theil so charakteristischen Gestalten, in Photographie oder in natura, theils in Einzelzüchtung, in sterilisirten Nährmedien, theils in üppiger Reincultur auf Kartoffeln alle die Wesen, welche an sich so winzig, in ihrer Gesammtwirkung im Thier- oder Menschenorganismus die schlimmsten Verwüstungen anzurichten im Stande sind. Die Abtheilung enthält zahlreiche pathologische Präparate, z. B. über Tuberculose, Rotz, Milzbrand mit Reinzüchtung der zugehörigen pathogenetischen Bacterien. Von hohem Interesse sind die beiden Microorganismen der Milchgährung und Gerinnung, von welchen der eine Milchsäure, der andere Buttersäure producirt. Sterilisirte, d. h. der Microorganismen beraubte Milch bleibt vollkommen unverändert, wenn sie Monate lang aufbewahrt wird; verpflanzt man das eine oder andere Microbium hinein, so erhält man die respective Gährungsart. Neben den vielen Präparaten sind alle Instrumente, Apparate und Nährmedien ausgestellt, deren sich namentlich *Koch* für die mit so epochemachendem Erfolg betriebene Microorganismenforschung und Cultur bedient. Darunter befinden sich Vorrichtungen, um das Nährmaterial durch Wasserdampf oder heisse Luft zu sterilisiren, i. e. sowohl die vorhandenen Pilze als auch deren Sporen zu vernichten; ferner Apparate zur Untersuchung der Luft auf Quantität und Qualität von Keimen, durch welche von dem Reichsgesundheitsamt die enormsten Unterschiede zwischen Stadt- und Landluft, zwischen der Luft in bewohnten und unbewohnten Räumen constatirt wurden. Zur Erzeugung der höheren künstlichen Temperatur, deren manche kleinste Lebewesen pilzlicher Natur zu ihrem Fortkommen bedürfen, dienen besonders construirte Brütapparate oder Thermostaten. In einem besonderen Raume befinden sich die Utensilien für Microphotographie in sofort gebrauchsfähiger Anordnung neben einer grossen Sammlung bezüglicher Glasphotogramme auf Kohledruck. In Holz nachgebildet steht ein Desinfectionskasten, der zum Zwecke der Vernichtung von Infectionsstoffen durch erhitzte Luft wirkt, in welcher *Koch* das vorzüglichste Desinficiens gefunden hat. Die hohen Hitzegrade sollen am sichersten sogar die überaus resistenten Sporen der Bacterien tödten. Es dürften dadurch allmälig die übrigen zum Theil recht hypothetischen und unwirksamen Desinfectionsverfahren verdrängt werden. Wie verschieden und widersprechend überhaupt zur Zeit noch die Ansichten über den Werth gewisser selbst hochgepriesener Desinfectionsmittel sind, beweist u. A. der Ausspruch *Billroth*'s in seinem Werke über „Krankenpflege im Haus und Hospitale“: „Die Räucherung mit Chlordämpfen, mit schwefliger Säure, die trockene Erhitzung in besonders construirten Desinfectionsöfen, wie sie in vielen Spitälern jetzt gebräuchlich sind, tödten wohl die Flöhe und Läuse, vernichten aber nicht die Keimfähigkeit der Ansteckungsstoffe. Wollte man die Hitze und die Durchräucherung mit den genannten Dämpfen so weit treiben, dass letzteres erreicht würde, dann würde auch von den Kleiderstoffen nichts mehr übrig bleiben!“

Würdigen wir die bisherigen Leistungen des Reichsgesundheitsamtes, zu denen der Ausstellungspavillon ein neues Lorbeerblatt hinzufügt, so müssen wir denselben die grösste Hochachtung entgegenbringen. Man kann sich im Hinblicke auf dasjenige, worin Deutschland in wissenschaftlichen und practischen Erfolgen der Hygieine mit speciellem Hinweis auf das Gesundheitsamt andere Länder überflügelt, eines leisen Anfluges von Neid nicht erwehren. Kommt es dazu, was man in Deutschland lebhaft anstrebt, dass jene Behörde auch die grosse Frage der Organisation des deutschen Medicinalwesens zur Lösung bringen soll und so für die öffentliche Gesundheitspflege möglichste Einheit gewonnen wird, so erfüllt das mächtig aufgeblühte Reich damit ein grosses Werk im Interesse des Staats- und Volkswohles. Ob die Forderung, neben der jetzigen, zutreffender als „deutscher Reichsgesundheitsrath“ zu bezeichnenden, begutachtenden und berathenden Behörde noch eine Centralstelle zu gründen, welcher die Verwaltung des Sanitätswesens im gesammten Reiche zufallen müsste, Aussicht hat, in Bälde realisirt zu werden, darf man füglich bezweifeln.

Wochenbericht.

Schweiz.

Einladung zur XXVII. Versammlung des ärztlichen Central-Vereins Samstag, den 27. October 1883 in **Olten.**

Verhandlungen im Theatersaale. Anfang präcis 12 Uhr.



Verhandlungsgegenstände:

1) Bericht des Präsidenten.

2) Neuwahl des ständigen Ausschusses des Central-Vereines.

3) Mittheilung über einen geheilten Fall von Magenresection von Prof. Dr. *Socin* (Basel).

4) Mittheilungen über den Unfall des weiland Dr. *Troxler* von Dr. *A. Steiger* (Luzern).

5) Vortrag über die Behandlung der Harnröhrenverletzungen von Dr. *Kaufmann* (Zürich).

6) Mittheilung über die Hülfskasse für Schweizer Aerzte von Dr. *A. Baader*.

Bankett um 3 Uhr im Bahnhofrestaurant Biehly.

Zu dieser Jahresversammlung am Stiftungsorte unseres Vereines laden wir auf das Herzlichste ein die Mitglieder des ärztlichen Centralvereins, unsere Freunde der Société médicale de la Suisse romande, sowie alle lebensfrischen, arbeitsfreudigen Collegen.

Im Namen des ständigen Ausschusses des Centralvereins:

1. October 1883.

Sonderegger, Präsident.

Burckhardt-Merian, Schriftführer.

Vor oder nach der Sitzung (in einer geeigneten Pause) soll ein Untersuchungs- und Operationsfauteuil vorgezeigt werden, der durch einen einfachen Mechanismus in ca. 12 zu allen möglichen Zwecken geeignete Lagen gebracht werden kann.

— **Aus den Acten der Aerzte-Commission. Adresse an Dr. Friedr. Müller in Basel.** Die Aerzte-Commission hat durch ihren Schriftführer dem abtretenden Präsidenten des leitenden Ausschusses, Herrn Dr. *F. Müller*, folgende, in calligraphischer Ausführung verfasste, Adresse überreichen lassen:

Die schweizerische Aerzte-Commission an Herrn Dr. *Friedrich Müller* in Basel.

Hochverehrter Herr Collega!

Wenn die schweizerischen Aerzte und deren Vertreter in der Aerzte-Commission jemals Grund und Ursache gehabt haben, einem Collegen ihren warmen Dank und den Ausdruck ihrer unbedingten Hochachtung darzubringen, so ist es jetzt der Fall, da wir in der schmerzlichen Lage sind, Sie vom Präsidium des „leitenden Ausschusses für eidgenössische Medicinalprüfungen“ und damit auch aus dieser Behörde austreten zu sehen.

Wir beklagen sowohl die Veranlassung wie die Thatsache und werden uns bei Ihrem Scheiden auf's Neue bewusst, welche grossen Verdienste Sie sich um unser schweizerisches Medicinalwesen erworben haben.

Wir verdanken Ihrer Einsicht, Ihrer Umsicht und Ihrer langjährigen unermüdlichen Arbeit den einzigen Erfolg, welchen wir überhaupt erreicht haben:

die Sicherung einer gründlichen wissenschaftlichen Vorbildung für schweizerische Aerzte und Pharmaceuten;

die Ordnung und Vertiefung ihrer theoretischen und practischen Studien;

die Vereinigung von abgeschlossenen, sich fremd gegenüberstehenden und oft gegenseitig widerstrebenden Berufsgenossen und Mitbürgern zu einem gemeinsamen Bunde, in welchem sie mit ihren Collegen aller andern Staaten ebenbürtig sein können.

Verehrter Herr Collega! Sie haben damit sowohl für die Wissenschaft, wie für das Wohl des Volkes, welchem ja schliesslich alle ärztliche Thätigkeit und Tüchtigkeit gewidmet ist, Bedeutendes und Bleibendes geleistet, was wir Ihnen nicht vergessen und wofür Ihnen Alle stets dankbar bleiben werden, welchen unser edle Beruf nicht unverständlich und das Wohl unseres Volkes nicht gleichgültig ist.

Genehmigen Sie, hochverehrter Herr! im Namen aller unserer schweizerischen Collegen mit unserm herzlichen Danke auch die Versicherung unserer unwandelbaren Hochachtung!

Den 25. August 1883.

Die Mitglieder
der schweizerischen Aerzte-Commission:
Dr. *Sonderegger*, Präsident, St. Gallen.
Prof. Dr. *Burckhardt-Merian*, Schriftführer, Basel.
Dr. *A. Steiger*, Cassier, Luzern. Dr. *Castella*, Freiburg.
Prof. Dr. *D'Espine*, Genf. Dr. *Kummer*, Aarwangen.
Dr. *Zehnder*, Zürich.



— **Schweizer Landesausstellung. Diplome** haben in den Abtheilungen, die uns Aerzte specieller interessiren, erhalten:

a) Hygieine. Andreæ, V., Fleurier: Pour la bonté de ses préparations hygiéniques végétales; Buttin, Ls., Lausanne: Pour la valeur scientifique de ses préparations pharmaceutiques; Demaurex, Félix, Genève: Pour la variété de ses appareils orthopédiques et l'application de nouvelles idées; Direction de l'Intérieur du Canton de Neuchâtel, Neuchâtel: Pour une collection remarquable d'écrits hygiéniques d'une grande importance ou d'un grand intérêt; Prof. *Dunant, P. Ls.*, Genève: Pour sa collection intéressante et d'une haute valeur de documents hygiéniques; Fabrik für electrische Apparate, Uster: Für die Vervollkommnung electrischer Apparate zu medicinischen Zwecken; *Fankhauser*, Dr. med., Burgdorf: Für den bedeutenden wissenschaftlichen und practischen Werth seiner Arbeit über „Schulgesundheitspflege"; Gacon, Ferd., Neuchâtel, serrurier: Pour la grande valeur de ses appareils originaux pour le soulagement des malades; Hausmann, C. Friedrich, St. Gallen: Für seine werthvollen Bestrebungen um die Hebung der pharmaceutischen Industrie in der Schweiz; *Hürlimann*, Arzt, Unterägeri: Für seine äusserst fleissigen und verständnissvollen Zusammenstellungen von Schriften über Gesundheitspflege und Spitalwesen; Internationale Verbandstofffabrik, Schaffhausen: Für sehr hervorragende und mannigfaltige Leistungen; Cantonsspital-Commission St. Gallen: Für rationelle Pläne und treffliche Special-Einrichtungen; Kölliker & Co., F. Al., Zürich: Für die eigene Ausführung guter zahnärztlicher Maschinen; Krankenhauscommissionen der Cantone Appenzell A.-Rh. und I.-Rh: Für die beachtenswerthe Ausstellung von Plänen cantonaler Krankenhäuser; Leichenverbrennungsverein für Zürich und Umgebung, Zürich: Für die interessante und vollständige Sammlung der Literatur über die hygieinisch wichtige Frage; Mayor, Ls., Lausanne: Pour les innovations originales et l'application de bons principes hygiéniques dans la confection de ses chaussures; Merker & Meining, Baden: Für vielfältige und billige Fabrikation . . . . . und sorgfältig gearbeitete Bade-Einrichtungen; Montigel, F., Chur: Für die anerkennenswerthen Bestrebungen zur Förderung wissenschaftlicher Zahnheilkunde; Reidenbach, Carl, Bern: Für vorzügliche balneologische Apparate und Neuerungen an Badewannen; Ruegg, C., Zürich: Für solide, practische und preiswürdige orthopädische Apparate; *Sanitätscommission* der Stadt Bern: Für ihre hervorragenden Leistungen auf dem Gebiete der öffentlichen Hygicine; *Sanitätsdepartement* des Cantons Thurgau, Frauenfeld: Für zweckmässige Einrichtung von Spitälern und Absonderungshäusern; *Sanitätsrath* des Cantons Luzern: Für eine vollständige Sammlung sanitarischer Gesetze und Verordnungen; *Schenk, Felix*, Dr. med., Bern: Für originelle Leistungen in Behandlung der Wirbelsäuleverkrümmungen; Schlenker, M., St. Gallen: Für wissenschaftliches Streben und tüchtige Leistungen auf dem Gebiete der Zahnkunde; Schneider & Hodler, Bern, Architecten: Für die Pläne eines zweckmässig eingerichteten Spital- und Isolirpavillons; Schnezler, J. M., Schaffhausen: Für die rationelle Construction und gute Arbeit seiner orthopädischen Apparate; Schœn, Jean Bernard, Lausanne: Pour ses excellents travaux dans la fabrication d'yeux artificiels, égaux à ceux des maisons de Paris; *Schweizerische Aerzte-Commission*: Für die schöne Sammlung schweiz. Gesetzgebung und Literatur über Gesundheitspflege; Schweiz. Militärdepartement, Bern: Für seine verdienstvolle, zweckmässige Ausstellung von Sanitätsmaterial; Schweiz. Militärsanitätsverein, Bern: Für die Verdienste um Hebung des Transportwesens der Verwundeten; Schweiz. statistisches Bureau, Bern: Für seine anerkennenswerthen Leistungen auf dem Gebiete der Statistik; Sigrist, A., Hägendorf bei Olten: Für die wohldurchdachte Ausführung eines Handwagens mit Krankenbett; Société du Musée de Fleurier, N.: Pour ses efforts en vue du développement du bien public en ce qui concerne l'hygiène; *Société neuchâteloise d'hygiène*, Neuchâtel: Pour ses efforts remarquables dans le but de populariser l'hygiène; Stierlin, Gottfried, Schaffhausen: Für die zweckmässigen, einfachen und soliden Einrichtungen für natürliche Ventilation; Suchard, Ph., Neuchâtel: Pour une installation de bains très-pratiques et à bon marché; Villgradter, J., Lausanne: Pour l'exécution ingénieuse d'appareils prothétiques rares et compliqués; Walser, Arn., Winterthur: Für einen zweckmässigen Schlachtschiessapparat; Walter-Biondetti, C., Basel: Für seine sehr mannigfaltigen und selbstständig verbesserten orthopädischen Apparate und chirurgischen Instrumente; Weber-Moos, H., Zürich: Für die vorliegenden gediegenen, orthopädischen Apparate mit selbstständigen Verbesserungen.



b) Balneologie. Alpsteg & Cie., C., Dürrenäsch, Aargau: Für gute empfehlenswerthe Korkwaaren; Bains de Lavey, Vaud: Pour progrès marquants dans l'utilisation des moyens curatifs existants et pour avoir fait servir des expériences médicales à un but scientifique; Bains & Grand Hôtel des Salines, Bex, Vaud: Pour progrès marquants dans l'utilisation des moyens curatifs existants et pour avoir fait servir des expériences médicales à un but scientifique; Collectiv-Ausstellung der graubündnerischen Bäder, Mineralquellen und Luftcurorte: Für die sehr umfangreiche, höchst rationelle Darstellung der wissenschaftlichen und practischen Seite des Badewesens in Graubünden; Eaux thermales de Loëche-les-Bains: Pour progrès marquants dans l'utilisation des moyens curatifs existants et pour avoir fait servir des expériences médicales à un but scientifique; Hauser, Gebr., Weissenburg, B.: Für erhebliche Fortschritte in der Benutzung vorhandener Hülfsmittel und Verwerthung ärztlicher Erfahrungen; Hofstetter, Hs., Heustrichsbad: Für erhebliche Fortschritte in der Verwerthung ärztlicher Erfahrungen; Schinznach-les-Bains, Argovie: Für ersichtliche Fortschritte in der Benutzung vorhandener Hülfsmittel und ärztlicher Erfahrungen; Société des eaux de Romanel sur Lausanne, Vaud: Pour progrès marquants dans l'utilisation des moyens curatifs déjà existants et pour avoir fait servir des expériences médicales à un but scientifique; Société du patinage et des bains publics, Chaux-de-fonds: Pour les efforts qu'elle fait dans le but de propager les principes hygiéniques et balnéologiques; Thermal-Curort Baden bei Zürich: Für die wesentlichen Fortschritte in der Benutzung vorhandener Hülfsmittel und Verwerthung ärztlicher Erfahrungen.

Wir schliessen noch die Diplome der Gruppe „wissenschaftliche Instrumente“ bei, insofern sie die Heilkunde (mit Ausschluss der Zahnheilkunde) betreffen. Benzoni, Genève: Pour la confection de bons verres sphériques, cylindriques et prismatiques employés dans les maladies des yeux; Buechi, Frdr., Bern: Für getreue Herstellung anatomischer Demonstrationsmodelle; Ernst, Th., Zürich: Für zweckentsprechende Hülfsapparate optischer Instrumente; Iberg, Gottl., Basel: . . . und die zweckmässige Construction von Probirbrillen; Strübin, H., Basel: Für die Herstellung vorzüglicher Krystallschliffe und verwandter optischer Gegenstände; Thury & Amey, Genève: Pour la construction de ses appareils de microscopie et de photographie. Aus Gruppe 23: Eichenberger, J. J., Basel: Für solide und gute Arbeit der chirurgischen Instrumente.

Den Diplomirten unsere herzlichen Glückwünsche; manchem der nicht Diplomirten trotzdem unsere volle Anerkennung! Für Fernerstehende wollen wir jedoch die Bemerkung nicht unterdrücken, dass diese Liste der Diplome nicht etwa ein getreues Bild der Spitzen der hygieinischen Leistungen in der Schweiz gibt, sondern nur eine Classification der Ausstellenden.

Den Anordnern der Ausstellung, vor Allen dem Präsidenten, unserm unermüdlichen Dr. *Sonderegger*, sowie den Ausstellern und der Jury den Dank der Collegen!

Basel. Den 7. August starb College Dr. *Löffler* aus Baselland, 83 Jahre alt, in Basel, wo er, altersschwach und beinahe erblindet, in befreundetem Hause eine schützende Ruhestätte gefunden hatte. Baselland zählt zur Zeit drei wackere Veteranen, die Herren DDr. *Rippmann* sen. in Rothenfluh, *Jenni* in Füllinsdorf und *Hohl* im Neubad, die alle drei über 50 Jahre anstrengendster Landpraxis hinter sich haben und noch practiciren. Wir hören mit Vergnügen, dass die basellandschaftliche medicinische Gesellschaft demnächst dieses seltene Ereigniss würdig feiern wird.

— Herr Apotheker *Huber* in Basel hat an der ersten internationalen pharmaceutischen Ausstellung in Wien für „eine höchst interessante Sammlung Jahrhunderte alter (pharmaceutischer) Bücher und Gefässe“, sowie für „seine pharmaceutischen Präparate“ (namentlich comprimirte Medicamente) die goldene Medaille erhalten.

Bern. Ein neues Krankenbett. Herr Hug, Tapezierer in Bern, befasste sich seit mehreren Jahren damit, ein zweckmässiges Krankenbett für Schwerkranke und Paralysirte, billig, solid und practisch herzustellen. Nachdem verschiedene Modelle nicht befriedigt hatten, ist es ihm nun gelungen, ein Bett zu construiren, das den Anforderungen soweit möglich entspricht und hat sich dasselbe bereits zu wiederholten Malen sehr gut bewährt. Das Bett enthält eine dreitheilige Matratze, deren Mittelstück auf einem flachen hölzernen Kasten befestigt ist. In der Mitte dieses Stücks befindet sich eine ovale Oeffnung, gross genug, um Stuhl und Urin leicht durchzulassen, und andererseits wieder



schmal genug, um dem Becken die nöthige Stütze nicht zu entziehen, so dass es nicht hereinsinken kann. Die Polsterung ist überall sehr sorgfältig und egal ausgeführt (Rosshaar bester Qualität), und hält sich der Rand der Oeffnung unter dem Druck des Körpers recht gut, ohne dabei als hart empfunden zu werden. — Es findet sich ferner nur eine einzige Naht an diesem Stück, am Rand der Oeffnung hinlaufend, äusserst sorgfältig und fein gearbeitet, so dass dieselbe gar nicht einmal gefühlt wird. — Unter der Oeffnung, in dem flachen Kasten, steht das Gefäss zur Aufnahme von Stuhl und Urin; dasselbe ist leicht hinein- und herauszuschieben, und wird die äussere Oeffnung durch einen kleinen Deckel abgeschlossen. — Eine wesentliche Neuerung ist ein horizontaler Schieber mit Arretirung, welcher dicht unter der Polsterung hinlaufend, die Oeffnung verschliesst, so lange diese nicht benutzt, um Luftzug und Abkühlung von unten herauf um so sicherer abzuhalten. — Die zwei übrigen Matratzentheile sind sehr genau zum Mittelstück passend. Ueber letzteres kommt ein Impermeable zu liegen, mit Trichter zur Auskleidung der Polsteröffnung, ebenfalls mit einer einzigen, sehr sorgfältig und fein ausgeführten Naht versehen. Das obere und untere Ende wird unter die beiden angrenzenden Matratzenstücke geschoben und bleibt so, von diesen festgehalten, glatt, auch während der Belastung.

Das Mittelstück kann selbstverständlich jederzeit umgedreht werden, und wird dieses Abwechseln der Polsterung des Randes nur zuträglich sein.

Für den Fall permanenter Irrigation ist an dem untergestellten Gefäss ein Schlauch einzuschrauben, durch welchen das Wasser abfliesst. Ein sogen. Ueberlauf sorgt dafür, dass auch bei allfälliger Verstopfung der Ausflussöffnung der Inhalt nicht überfliessen kann.

Herr Hug hat sein Krankenbett im Juli dieses Jahres im hiesigen ärztlichen Bezirksverein vorgezeigt, und hat dasselbe sehr günstige Aufnahme gefunden. Es darf diese werthvolle Neuerung um so eher in weitern Kreisen empfohlen werden, als sie sich, wie schon bemerkt, bereits in der Praxis auf's beste bewährt hat. Dr. *P. Niehaus* jun.

Waadt. Das Spital „Samaritain“ in Vivis feierte am 23. September sein 25jähriges Bestehen; es wurden in dieser Zeit 6100 Kranke aufgenommen und zwar 4495 unentgeltlich. Dieser schöne Zug gemeinnütziger Thätigkeit verdient Lob und Nachahmung.

Ausland.

Deutschland. Es hat sich ein internationaler Verein der Instrumentenmacher für Chirurgie gebildet und seinen ersten, sehr zahlreich und allseitig besuchten Congress in Frankfurt a. M. abgehalten.

Die Verhandlungen bestunden namentlich in der Discussion der Statuten und der Gründung eines Vereinsorganes. Der Vorstand besteht aus den Herren Jos. Leiter (Wien), I. Präsident, H. Windler (Berlin), II. Präsident (Vicepräsident), C. Walter-Biondetti (Basel), Secretär, M. H. Wendschuch sen. (Dresden), Cassier, Krohne (Firma Krohne-Sesemann, London), Carl Simsky (Königsberg), Fr. L. Fischer (Freiburg i. B.), B. Laibach (Lüttich), Beisitzer.

Durch gemeinsames Zusammenwirken soll der Beruf gehoben, die schwindelhafte Anpreisung und eine unsorgfältige Massenfabrikation bekämpft werden. Es liegt auch in dem ärztlichen Interesse, dass der neue Verein prosperirt.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. September bis 10. October 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Varicellen 5 Anzeigen (2, 1, 1). — Parotitis 3 Anzeigen (1). — Scharlach 17 Erkrankungen (9, 15, 16), ausschliesslich auf dem Nordwestplateau und in Kleinbasel. — Diphtherie und Croup 6 Fälle, wovon 3 in Kleinbasel (5, 5, 7). — Typhus 9 Erkrankungen (20, 8, 6), wovon 2 von auswärts importirt, die übrigen zerstreut über Gross- und Kleinbasel. — Erysipelas 3 Fälle, sämmtlich aus Kleinbasel (1, 2, 3). — Pertussis 2 Anzeigen (6, 19, 5).



Hülfskasse für Schweizer Aerzte.

Vom 10. September bis zum 8. October habe ich an freiwilligen Beiträgen empfangen aus dem Canton:

Aargau: von den Herren DDr. *Carl Amsler*, Wildegg, 20 Fr., *Gerold Amsler*, Wildegg, 20, *Keller*, Baden, 12, *J. Zimmermann*, Klingnau, 10, *Strähl*, Zofingen, 20, *Bruggisser*, Wohlen, 20, *R. Müller*, Wohlen, 10, *F. Wüthrich*, Rheinfelden, 50, *A. Bucher*, Sins, 5, *Eugen Sutter*, Zofingen, 10, *P. Nieriker*, Baden, 40, *A. W. Münch*, Brestenberg, 10, *A. Müller*, Zofingen, 10, *H. Maurer*, Aarburg, 10, *Wieland*, Rheinfelden, 10 (257, früher angezeigt 217, Summa 474).

Appenzell: Dr. *Ernst Zürcher*, Gais, 10 Fr. (10 + 40 = 50).

Basel: Prof. Dr. *Hoppe*, 20 Fr., Prof. Dr. *A. Burckhardt-Merian*, 40, *Adolf Streckeisen*, 30, Prof. *L. Wille*, 20, *Robert Fiechter*, 20, *A. Baader*, 40 (170).

Baselland: Dr. *L. Gelpke*, Gelterkinden, 15 Fr. (15 + 70 = 85).

Bern: DDr. *Christian Krebs*, Laupen, 10 Fr., *J. Reber*, Niederbipp, 10, *Wilh. Marti*, Langenthal, 10, *P. Kirchhofer*, Langnau, 5, *Gottl. Cramer*, Biel, 5, *Hans Schären*, Interlaken, 10, *Eduard Salchli*, Aarberg, 20, *Jac. Döbeli*, Belp, 5, *Alf. Christeller*, Bad Lenk, 100, *König*, Jegensdorf, 20, *S. Studer*, Kirchberg, 20, *Hans Weber*, Bern, 100, *R. Studer*, Prairie, Bern, 10, *E. Niehaus-Bovet*, Bern, 25, *Paul Strasser*, Interlaken, 10, *Joh. Schüpbach*, Belp, 7, *Fried. Haag*, Bern, 10, *Paul Niehaus*, Bern, 20, *Alex. Arni*, Büren a. A., 10, Prof. Dr. *Langhans*, Bern, 10, *Müller*, Sumiswald, 5, *Heinr. Schaufelbuel*, Wynigen, 10, *R. Gerster*, Klein-Dietwyl, 10, *Niclaus Grütter*, Ittigen, Gemeinde Bolligen, 10, *D. G. Glaser*, Klein-Dietwyl, 20, *D. Ris*, Thun, 10, *R. Vogt-Hildebrand*, Bern, 10, *Ad. Ziegler*, Bern, 20, *Ad. Christener*, Bern, 20, *Ernst Ringier*, Kirchdorf, 5, *Carl Schwander*, Wangen a. A., 15, *Jos. Renggli*, Meyringen, 10, *Alb. Wyttenbach*, Bern, 20, *Otto Schenker*, Porrentruy, 20, Prof. Dr. *Kocher*, Bern, 50, *W. Rätz*, Corgémont, 5, *A. Weber*, Neuenstadt, 10, Prof. Dr. *L. Lichtheim*, Bern, 50, *Alphons Blattmann*, Biel, 20, *C. Bettler*, Worb, 10 (747 + 325 = 1072).

Freiburg: Dr. *Victor Otz*, Murten, 20 Fr. (20).

St. Gallen: DDr. *P. Zoller*, Wald-Schönengrund, 10 Fr., *Jac. Engster*, Altstädten, 10, *J. Ulrich Hilty*, St. Gallen, 20, *Emil Weibel*, Rüthi, 5, *A. Düggelin*, Bütschwyl, 10, *Carl Reichenbach*, St. Gallen, 25, *M. Pitschi*, Altstädten, 20, *J. Müller*, St. Fiden, 20, *A. Vonwiller*, St. Gallen, 20, *Jung-Morel*, sen., Wyl, 10, *Jung*, jun., Wyl, 10, *G. A. Steger*, Lichtensteig, 10, *Mauchle*, sen., Niederuzwyl, 25, *Mauchle*, jun., Oberuzwyl, 25 (220 + 235 = 455).

Genf: Dr. *H. J. Lombard*, 50 Fr., *G. Haltenhoff*, 20, *Henri Charles Lombard*, 10 (80 + 20 = 100).

Glarus: DDr. *Fried. Fritsche*, Glarus, 20 Fr., *Jost Wichser*, Glarus, 10, *M. Kläsi*, Luchsingen, 20 (50 + 65 = 115).

Luzern: DDr. *Fried. Elmiger*, Reiden, 20 Fr., *J. Vonwyl*, Kriens, 10, *Leonz Waltisperg*, Dagmersellen, 20, *Th. Winkler*, Hitzkirch, 15, *Caspar Strebel*, Willisau, 10, *H. Gerhart*, Sempach, 20, *Othmar Gilli*, Hildisrieden, 15, *Eman. Thalmann*, Zell, 20 (130 + 90 = 220).

Neuenburg: DDr. *O. Meyer*, Fontainemelon, 8 Fr., *Ladame*, Dombresson, 10 (18 + 95 = 113).

Schaffhausen: Dr. *Franz von Mandach*, 5 Fr., *B. C. Frey*, Schaffhausen, 10, *M. B. Meyer*, Hallau, 10 (25 + 25 = 50).

Schwyz: Dr. *J. Schellbert*, Brunnen, 10 Fr. (10 + 10 = 20).

Thurgau: DDr. *Jakob Zwinger*, Bischoffszell, 10 Fr., *Heinr. Albrecht*, Frauenfeld 20, *Rob. Binswanger*, Kreuzlingen, 50 (80 + 50 = 130).

Uri: Dr. *Ernst Müller*, Altorf, 10 Fr. (10).

Waadt: DDr. *Aug. Garin*, Yverdon, 20 Fr., *Alfr. Chauvet*, Baulmes, 20 (40 + 55 = 95).

Wallis: Dr. *Adolf Riedi*, Brieg, 10 Fr. (10).

Zug: DDr. *Clemens Zürcher*, Menzingen, 10 Fr., *F. J. Reidhaar*, Baar, 5 (15 + 10 = 25).

Zürich: DDr. *Rud. Meyer-Hüni*, Zürich, 30 Fr., *Wilh. Frei*, Hombrechtikon, 20, *F. Weidmann*, Niederweningen, 20, *Ernst Laufer*, Burghölzli, Zürich, 10, *Cyrill Karli*, Grüningen, 20, *Theod. Brunner*, Küssnacht, 20, Prof. Dr. *Horner*, Zürich, 100, *H. v. Orelli*, Oberstammheim, 50, *Ed. Wunderli*, Wetzikon, 10, *J. Hotz*, Dürnten, 20, *Theod. Heusser*, Wädensweil, 20, *Fried. Ehrensperger*, Oberwinterthur, 10, *Riedweg*, Dietikon, 10, *Landis*, Richtersweil, 50, *Jul. Weber*, Schlieren, 10, *Gust. Stutz*, Uster, 10, *H. Stahel*, Affoltern, 10, *W. Meyer*, Dübendorf, 10, *Conr. Rahm*, Zürich, 50, *Fritz Rohrer*, Riesbach, 10, *J. H. Fiertz*, Riesbach, 10, *Fried. Jenni*, Wädensweil, 10, *Egli-Sinclair*, Zürich, 25, *Ed. Steffen*, Regensdorf, 10, *C. Zehnder*, Zürich, 30, *A. Bechtel*, Thalweil, 40, Prof. Dr. *Oscar Wyss*, Riesbach, 50, Anonym 20, 10, 5 (700 + 540 = 1240).

Ueberschuss der Sammlung für das Würzburger Jubiläum Fr. 86. 85, **zusammen Fr. 1993. 85** (+ Fr. 2015 = Fr. 4008. 85).

Basel, 8. X. 1883. Mit bestem Danke der Verwalter: *A. Baader*.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Hürlimann*, Unterägeri: Danke! Besorgt. — Herrn Dr. *P. Demiéville*, Rolle: Besten Dank! Wenn Alle so mithelfen würden, wäre Vieles besser. Freundl. Gruss. — Mr. le Dr. *Cuttaz* à Renan: Merci — Oui! — Herrn Prof. *Luchsinger*; Prof. *Wille:* Mit bestem Danke erhalten.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

Tableau N.

Beilage zum Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1883 No. 20.

...on (1871-1880).

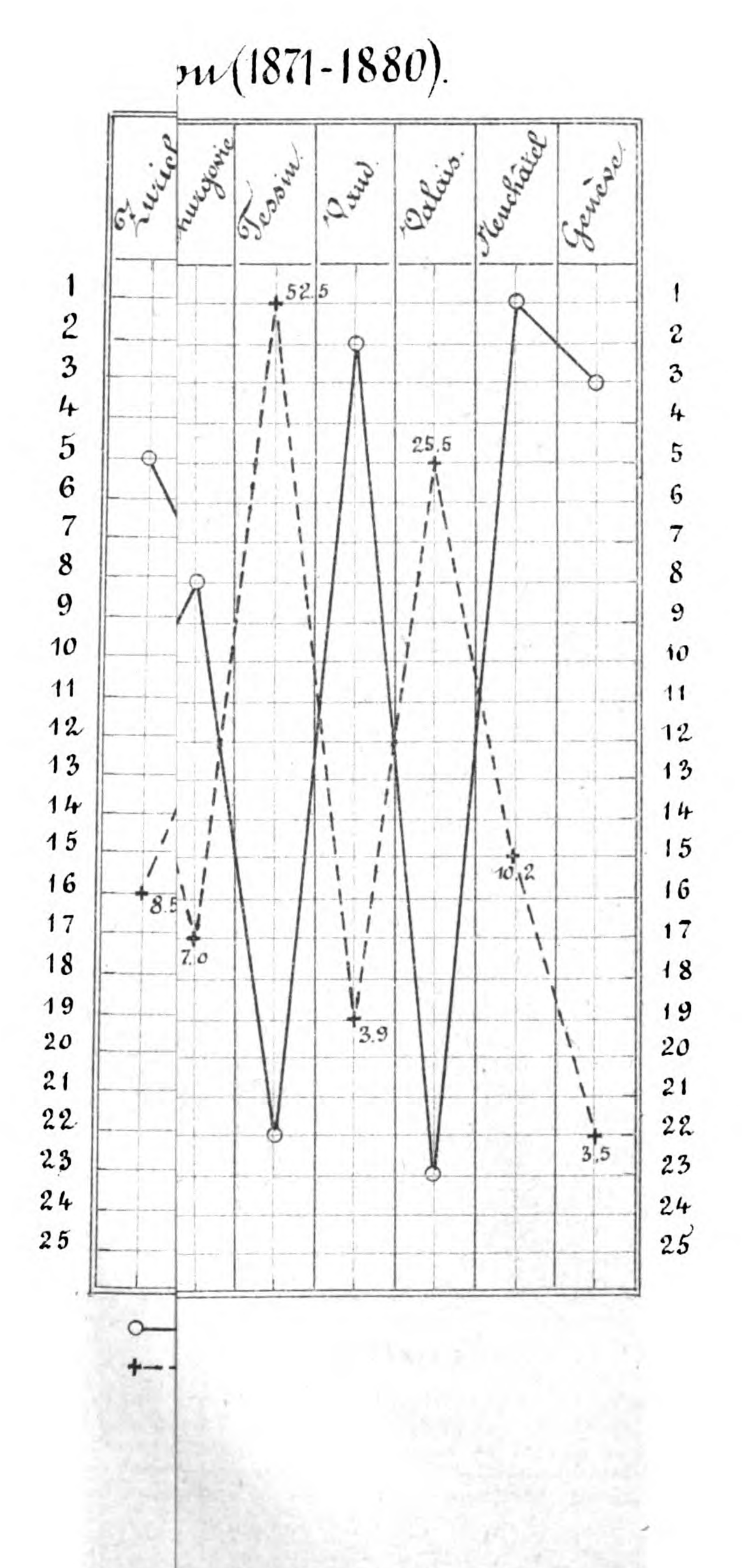
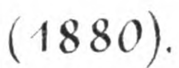
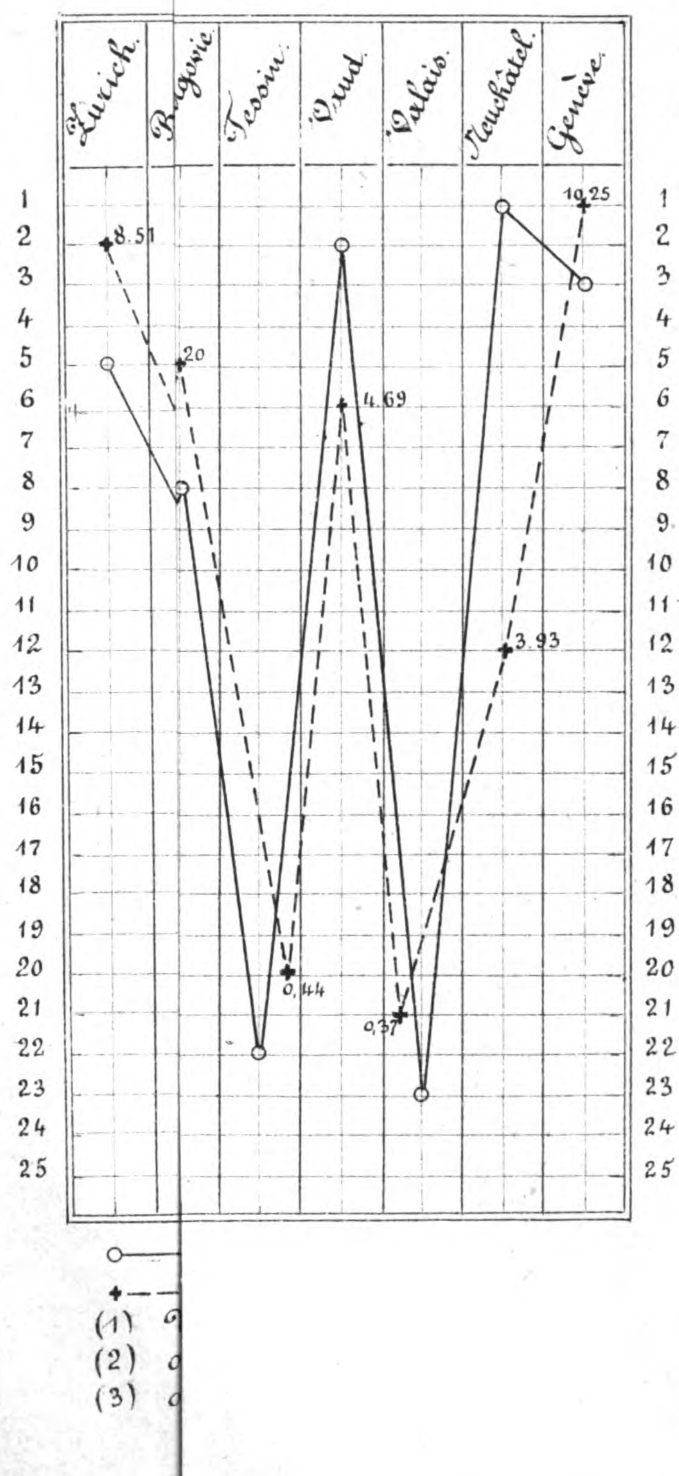




Tableau N°. I

Beilage zum Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1883 N° 20.





CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 21. XIII. Jahrg. 1883. 1. November.

Original-Arbeiten.

Ueber Vererbung.

Vortrag, gehalten [1]) in der medicinischen Gesellschaft zu Basel
von **A. Baader.**

Durch eine an und für sich kleine Beobachtung bin ich zur Repetition eines Kapitels der Physiologie gekommen, das zu den schwierigeren gehört, dessen Wichtigkeit aber so sehr in die praktische Medizin eingreift, dass es uns Alle interessirt. Es ist das die Vererbung.

Die Befruchtung entsteht (ich folge summarisch *Hensen*'s [2]) vortrefflicher Darstellung) durch die Vermischung von Same und Ei — so liegt die Möglichkeit der Vererbung von Eigenschaften beider Eltern, aber auch die Möglichkeit der verschiedenartigsten Modalitäten klar auf der Hand. Dabei wird angenommen, „dass im Allgemeinen bei echten Arten die formbestimmende Kraft des männlichen und des weiblichen Elements in der Zeugung einander völlig gleich sind“ *(Focke).* Doch ist (nach *Hensen*) sicher, dass die Einwirkung der Eltern eine verschiedene sein wird, je nachdem das weibliche oder das männliche Element sich mehr bei der Zeugung betheiligt, resp. überhaupt, oder nur im Momente der Zeugung überwiegt, oder endlich stark ausgeprägte Eigenthümlichkeiten, die auch erworben sein können, besitzt. „Die individuelle Vererbung ist, sobald Samen und Ei sich vereint haben, virtuell vollendet; alle Einflüsse, welche später den Bionten treffen, können nur in Kombination mit den vererbten Eigenthümlichkeiten in Wirkung treten. Die individuelle Vererbung ist daher mit vollendeter Befruchtung nicht minder fest vorausbestimmt als die Typus-Vererbung. Durch die embryonale und nachembryonale Entwicklung wird die virtuelle zur reellen Vererbung.“

Hensen kommt zu folgenden Hauptschlüssen:

---

[1]) den 1. Februar 1883.
[2]) *Hermann*, Handbuch der Physiologie, VI. Bd., II. Th.; *Hensen*, Physiologie der Zeugung.



„1) Die virtuelle Vererbung vollendet sich mit der Befruchtung.

2) Die Vererbung bezieht sich unmittelbar nur auf die formellen Verhältnisse.

3) Ungleiches mit Ungleichem gibt Ausgleichung, Gleiches mit Gleichem gibt Gleiches, wenn nicht die 4. Regel in Geltung tritt.

4) Ein Ueberwiegen des 1. Theils kann bei der Vererbung stattfinden; dasselbe tritt meistens ein, wenn besondere, von dem gewöhnlichen Typus abweichende Formbildungen eingetreten sind; dies Ueberwiegen bleibt dann für einige Zeit bestehen. Derartige sich entwickelnde Formbildungen, von zwei Individuen durch Paarung vereinigt, führen leicht zu fast pathologischen Excessen, z. B. in Bezug auf Haare und Federn zur Kahlheit.

5) Von dem in Korrelation stehenden Komplex solider neuer Formbildungen kann durch Zuchtwahl Einzelnes verstärkt, Anderes unterdrückt werden.

6) Für die Vererbung macht es meistens keinen Unterschied, ob der Träger des individuellen Charakters weiblich oder männlich ist.

7) Eine Umbildung der Form geschieht nur, wenn die individuellen Charaktere durch Variiren gleichsam in Fluss gerathen sind; letzteres tritt besonders stark in der ersten oder den folgenden Generationen nach Mischung sehr verschiedener Formen ein.

8) Lange fortgesetzte und sich der Inzucht nähernde Zuchtwahl führt zu konstanten und symmetrischen Formen; umgekehrt gibt Mischung sehr divergenter Charaktere nur selten schöne Formen; auch ist das Auftreten einer gewissen Wildheit bei Thieren sehr gewöhnlich, was vielleicht auf eine zunächst ungünstige Formirung des Gehirns schliessen lässt.

9) Die direkte Vererbung von den Ahnen scheint, so Vieles auch dafür geltend gemacht wird, doch nicht mit ausreichender Sicherheit demonstrirbar, wodurch die unumstössliche Thatsache des häufig vorkommenden Rückschlages nicht geändert wird. Da aber der Atavismus in sehr vielen Fällen von dem Ausfall der Vererbung individueller Formungen abhängt, der deshalb auftritt, weil der andere Teil des Paares die Vererbung nicht unterstützt, da er ferner in anderen Fällen sich von überwiegender Vererbung des Familientypus herleiten lässt, erscheint der Versuch geboten, den Rückschlag in allen Fällen auf diese oder ähnliche Umstände zurückzuführen.“

So erklärt sich die Vererbung nicht nur des Typus, der Race, sondern auch der individuellen Anlagen, oft kleinster Einzelheiten, wenn uns auch trotzdem noch so Manches wunderbar und unerklärlich bleibt.

Selbstverständlich hat auch die Kraft der Vererbung ihre Grenzen, da ihre Vitalität durch die beständige Kreuzung, die Zuführung fremden Blutes, geschwächt wird und schliesslich erlischt.

Uns Aerzte interessirt vor Allem die Vererbung der Krankheiten und der übrigen Anomalien. *Bollinger* [1]) definirt die Erblichkeit in seiner sehr lesenswerthen Arbeit (S. 4) dahin: „Wir nennen eine Krankheit dann vererbt, wenn sie unter Ausschluss äusserer Einflüsse in demselben Alter zur Entwicklung kömmt, wie bei den Eltern.“ Dem können wir nicht beistimmen. Die Mutter stirbt mit 25 Jahren an Lungentuberkulose, das Kind schon mit 2 Jahren an Meningitis basilaris tuberculosa, die ererbt ist. Und die hereditäre Syphilis?

Selbstverständlich sind nicht alle kongenitalen Krankheiten und Fehler hereditär. Anencephalie, Klumpfüsse, Kropf können kongenital sein, ohne dass Heredität vorliegt. Nach *Rost* erzeugte ein ganz gesunder Bulle auf einem Gute in $1^1/_2$ Jahren von sieben (bei 40 vorhandenen) Kühen zehn gleichartige Missbildungen — überzählige Ohren, daneben 20—25 gesunde Kälber; 6 der Kühe hatten früher normale Kälber ge-

[1]) Prof. Dr. *O. Bollinger*, Ueber Vererbung von Krankheiten. Stuttgart, J. G. Cotta, 1882.



worfen. Die Missbildungen blieben aus, auch bei diesen 7 Kühen, als der Bulle weggeschafft wurde.

Leider ist nicht angegeben, ob bei den frühern Generationen dieses Bullen nicht Aehnliches vorgekommen sei (Atavismus).

Zuweilen wirken momentane Irregularitäten beim Zeugungsakte ein: Trunkenheit, zu hohes Alter etc. *Settegast* [1]) erwähnt einen Züchter, der in 4 Wochen 170 Mutterschafe von demselben Bocke bespringen liess. Der Bock erhielt künstliche Reizmittel — Rothwein und Eier und blieb gesund und zeugungsfähig, die erzeugten Lämmer dagegen verfielen grösstentheils früher oder später der Traberkrankheit, einer Art Tabes dorsalis.

Wir unterscheiden dann folgende Arten der Vererbung: direkte und indirekte (auf Seitenglieder); potenzirte, wenn beide Eltern an derselben Krankheit leiden; latente (Atavismus, choc en retour), wenn einzelne Generationen übersprungen werden.

So wurde z. B. vom irischen hochrothen Setter und einem englischen schwarzen Setter (beides Hühnerhunde) der Gordonsetter gebildet, ein schwarzer Hund mit gelben Abzeichen, der sich nun als spezielle Race sehr constant weiter erbt. Aber immer noch kommt es vor, dass in einem Wurfe nach vielen racenechten Generationen plötzlich wieder ein rother Hund geworfen wird.

Wir haben ferner kollaterale Vererbung, wenn die Kinder ohne Erkrankung der Eltern und Voreltern an derselben erblichen Krankheit leiden; gleichartige und ungleichartige, bei welch' letzterer z. B. das Kind des Geisteskranken epileptisch, das des Syphilitischen skrophulös-rachitisch wird.

Zur Vererbung zählen wir dagegen nicht, wenn das Kind des Leinenwebers, des Steinhauers unter den gleichen ungünstigen Verhältnissen den Beruf des Vaters ausübt und wie dieser vorzeitig an Lungenphthise stirbt —

wie das z. B. bei den Sandsteinhauern in Hemiken (Baselland) der Fall war, wo die Kinder, vom Vater erzeugt, ehe er phthisisch war, gesund und kräftig aufwuchsen und nur d i e Knaben erkrankten, welche den Beruf des Vaters ausübten, nicht aber die, welche sich andern Gewerben (Seidenbandweberei und Landwirthschaft) zuwandten, und nicht die Mädchen. Auch die erkrankten männlichen Mitglieder wurden erst befallen, wenn sie lange genug in den schlechten Gruben den feinen Sandstaub eingeathmet hatten.

Unter den Krankheiten gehören die Hæmophilie [2]) und die Geisteskrankheiten in allen ihren Abstufungen zu den am häufigsten ererbten. *Forel* fand im Burghölzli (Irrenanstalt bei Zürich) 69 und später 85% aller Geisteskranken hereditär belastet.

Wie degenerirend der Alkoholismus wirkt, wissen Sie, und dass die Tuberkulose, auch die erworbene, sich oft als solche, oft nur als Skrophulose oder sonst geschwächte Konstitution übererbt, lehrt die tägliche Erfahrung. Es wäre wünschenswerth, dass nach dieser Richtung hin die weitverbreitete Emmenthaler Familie Wüthrich, von der ganze Zweige, herkulisch gebaut, im besten Alter phthisisch enden, einer Studie unterzogen würde.

---

[1]) Bei *Bollinger*.

[2]) Vide *Hans Stahel*, die Hæmophilie in Wald. Zürich, Orell Füssli & Cie., 1880, und *F. A. Kehrer*, die Hæmophilie beim weiblichen Geschlechte. Arch. f. Gynæk. 1870, X. Bd.



Horner [1]) und *Burckhardt-Brenner* haben auch über den Daltonismus, die Farbenblindheit, als sehr leicht erbliche Krankheit, Belege beigebracht.

Eigenthümlicher Weise vererben sich, obgleich viel seltener, auch Gewohnheiten, selbst dann, wenn sie vom Kinde an den Eltern nie gesehen wurden (einzelne Geberden, die Handschriften).

Büchner [2]) zitirt hierüber eine Reihe von Beobachtungen.

Ich erwähne nur die eine, allgemeinere, nach welcher in England die Kinder der Baumwollenspinner in der Hälfte der Zeit zu guten Arbeitern erzogen werden, deren man bedarf, um ihre Spielgenossen, die Kinder der Grubenarbeiter, Feldarbeiter etc. zu Spinnern heranzubilden. — Wie oft habe ich von Fabrikanten und ihren Angestellten dasselbe über unsere Baselbieter Posamenter gehört, denen der Sinn, die Geschicklichkeit zu der Weberei angeboren wird, und die ganz andere Resultate erzielen, als die Posamenter jener Gegenden, in welchen die Seidenbandweberei erst einige Zeit eingeführt ist.

Sie haben gewiss Alle schon bemerkt, dass ein Hund, der sich niederlegen will, zuerst in immer enger werdendem Kreise herumgeht. Warum? Dasselbe thut jetzt noch sein wilder Stammvater, der, im Freien sich aufhaltend, in dieser Weise zuerst das Gras der Pampas niedertritt, ehe er sich hinlegt.

Sogar erworbene körperliche Missbildungen und Fehler können bleiben.

So produzirte nach *Häckel* ein Wucherstier, dem durch ein Zuschlagen der Stallthüre der Schwanz abgeklemmt wurde, von dieser Zeit an schweiflose Nachkommen.

His [3]) bestreitet aber diese Art der Vererbung. Er weist darauf hin, dass gewisse Völker seit Jahrtausenden die Circumcision üben, „ohne dass der immer wieder von Neuem abgetragene Theil durch Vererbung verschwunden wäre", dass seit undenklicher Zeit unsere Vorfahren gehen, sprechen, schreiben, und dass trotzdem „unsere Kinder diese Fähigkeiten jedes wieder einzeln erlernen müssen" . . . . „Bis zum Eintritt besserer Beweise halten wir an dem Satze fest, dass die im individuellen Leben erworbenen Eigenschaften sich nicht vererben."

Lamarck [4]) dagegen nahm durch Anpassung eine allmälige „Umgestaltung der Formen an, deren Grundzüge durch Vererbung von Generation zu Generation übertragen werden."

Kurz, wir sehen, dass sich gesunde und krankhafte Prozesse physischer und psychischer Art in der gleichen Weise vererben, wie die normalen. Doch haben wir zum Glücke keinen Zwang: die Vererbung fehlt oft.

Zuweilen gereicht sie zum Heil; so hat z. B. die Familie Bach von 1550 bis 1880 zweiundzwanzig hervorragende Musikkünstler aufzuweisen. — Hieher gehört auch das Handelstalent der Juden und — freilich nicht als Tugend — die Unstätigkeit der Zigeuner.

Wie weit man in dieser Richtung kommen kann, mag Ihnen der Umstand klar legen, dass alle die 1200 Aepfelsorten, welche man z. Z. in Deutschland kennt, vom gemeinen Holzapfel herstammen. Dabei vererben sich jetzt Spaliräpfel, Zwergstämmchen als solche und werden auch auf dem günstigsten Nährboden nicht mehr hochstämmig.

---

[1]) *Horner*, die Erblichkeit des Daltonismus, Bericht über die Verwaltung des Medizinalwesens des Kantons Zürich, 1876.

Fr. Burckhardt, Verhandl. d. naturf. Gesellsch. in Basel, Bd. V.

[2]) Prof. Dr. *L. Büchner*, die Macht der Vererbung und ihr Einfluss auf den moralischen und geistigen Fortschritt der Menschheit. Leipzig, Ernst Günther, 1882.

[3]) *W. His*, Unsere Körperform und das physiologische Problem ihrer Entstehung. Leipzig, 1874, p. 158 und 233.

[4]) Bei *E. Häckel*, Die Naturanschauung von Darwin, Göthe und Lamarck. Jena, 1882, p. 40.



Die Beobachtung, welche dem Vortrage der letzten Sitzung zu Grunde lag, hat Ihnen eine solche Vererbung [1]) gezeigt; die meinige ist einfacherer, harmloserer Art, aber gerade deshalb interessant: sie zeigt uns auch in so untergeordnetem Détail die Macht der Vererbung.

An einer meiner Patientinnen bemerkte ich mitten über der Stirne einen Haarbusch, welcher dunkler (schwärzer) war, als das übrige Haar und zudem ohne Glanz. Er war gefärbt, geschwärzt. Meine Nachforschungen ergaben:

Frau Marie Müller-Strähl und ihr Mann von Matzendorf in Mümliswyl, unbemittelte Bauersleute, hatten normal gefärbte, dunkle Haare; in ihren beidseitigen Familien war nie eine Abnormität der Haarfarbe vorgekommen. Das erste Kind, die spätere Frau Marie Häfeli-Müller, brachte dagegen mitten über der Stirne eine weisse Haarflocke mit auf die Welt. Die Ursache gab die Mutter an, wie folgt. Nahe am Ende ihrer ersten Schwangerschaft sass sie im Baumgarten schlafend unter einem Baum und erwachte plötzlich tief erschrocken, da ihr die weisse Hauskatze, vom Baume am Stamme heruntergleitend, auf die Schulter gesprungen war. Die Frau will im ersten Schreck mit einer Hand nach der Stirne gegriffen haben und ohnmächtig geworden sein. Acht Wochen später, am normalen Ende der Schwangerschaft, gebar sie ihr erstes Kind, das dunkle Haare trug wie die Eltern, über der Stirne aber eine Blässe, eine weisse Haarflocke, hatte.

Ich brauche wohl nicht spezieller auf die Unwahrscheinlichkeit dieser Aetiologie des „Versehens" hinzuweisen, hat doch schon *Bischoff* (vor ca. 40 Jahren) ihre Unzulänglichkeit nachgewiesen. Die letztere ergibt sich schon aus dem Umstande, dass die meisten Missbildungen zu der Zeit, in welcher die Mutter „sich versieht", schon bestehen.

Dieser weisse Haarbusch trat nun bei Allen, die ihn erbten, in gleicher Weise auf: ich sah ihn am Neugeborenen und an der Greisin. Mitten über der Stirne ist eine dreieckige Flocke Haar gleich bei der Geburt ganz weiss und bleibt so bis zum Tode. Die Basis des gleichschenkligen Dreieckes, gegen die Stirne zu, ist bei dem Erwachsenen ungefähr 3 cm. breit. Das Haar unterscheidet sich in seiner Struktur in keiner Weise vom übrigen Kopfhaar, den Pigmentmangel natürlich ausgenommen. Das übrige Kopfhaar ist bei den verschiedenen Individuen blond bis schwarz; seine Farbe hatte ganz keinen Einfluss auf das Entstehen der Abnormität, welche bei Blonden und Schwarzen auftrat und fehlte.

Das spätere Ergrauen des übrigen Kopfhaares trat in ganz normaler Weise ein und ebenso verhielten sich die übrigen Körperhaare durchaus normal.

Auch das Geschlecht war ohne Einfluss.

Die Forterbung geschah nun so:

Frau Häfeli ist also das erstgeborene Kind und hat die Abnormität, welche ihren 13 Geschwistern, sowie deren zahlreichen Nachkommen ganz fehlt.

Sie selbst gebar 10 Kinder, alle dunkel behaart, 7 männlichen, 3 weiblichen Geschlechtes; die Hälfte hat die „Blässe", 3 Männer, 2 Weiber, während sie 4 Männern und 1 Weibe fehlt. Die drei zuerst geborenen Kinder, Joseph, Eduard und Victor, zeigen die Abnormität nicht, ebenso wenig eines ihrer Kinder (Joseph 1 Kind, männlich; Eduard 5 Kinder, 1 männlich, 4 weiblich; Victor 3, 2 w., 1 m.), wohl aber die erstgeborene Tochter Elise und ebenso deren Mädchen (einziges Kind, ausserehelich, †); die zweite Tochter Rosina und ihre 2 Kinder (1 m., 1 w.) blieben verschont, während die dritte Tochter wieder den weissen Haarbusch trägt; von ihren 6 Kindern haben ihn 3 (I. männlich ja, II. m. 0, III. w. 0, IV. w. ja, V. w. 0, VI. m. ja); der IV. Sohn Adolf (7. Kind) ist wieder dekorirt, ebenso sein Kind (w.) und auch sein nachfolgender Bruder Carl, zur Zeit noch unverheiratet, während der VI. Bruder Carl und sein Mädchen gleichmässig gefärbte Haare tragen, der jüngste dagegen, Meinrad, die lange Serie wieder mit dem Familienstempel abschliesst.

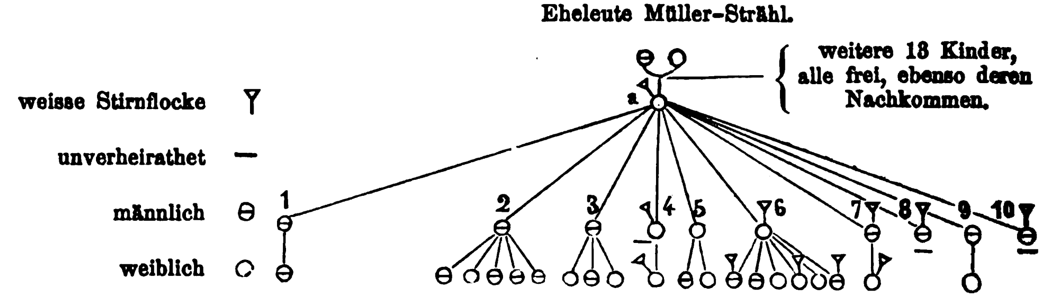
[1]) Vergl. Dr. *L. Rütimeyer*, Ueber hereditäre Ataxie, *Virchow*'s Archiv, Bd. 91, 1883, pag. 106—129.



Wir haben also, nachdem das Muttermal einmal da war, 9 Kinder (6 Söhne, 3 Töchter), von denen 5 die Vererbung tragen und zwar 2 Töchter und 3 Söhne. Die drei erstgeborenen Kinder (Söhne) und ihre Nachkommen blieben verschont. Zwei sind noch ledig, beide mit weissem Busch.

Wir haben dann 20 Enkel (zur Hälfte männlich) mit 5 Vererbungen (2 m., 3 w.) in 3 Familien, was weiter kommt, ist noch abzuwarten. [1])

Atavismus kam nicht vor: die Söhne und die Töchter, welche die weisse Flocke nicht aufweisen, haben auch kein Kind mit derselben. Auch ist in der Familie kein vorzeitiges Ergrauen der Haare beobachtet worden.



a. Frau Häfeli-Müller, 1. Joseph, 2. Eduard, 3. Victor, 4. Elise, 5. Rosy, 6. Amalie, 7. Adolf, 8. Carl, 9. Gottfried, 10. Meinrad.

In meiner Bekanntschaft habe ich noch 2 Mal eine solche, im Uebrigen nicht zu seltene, angeborene Haarflocke beobachtet, das eine Mal bei einem Mädchen, dessen Mutter von einem Schimmel erschreckt sein wollte und das unverheiratet starb; seine zahlreichen Geschwister trugen die Flocke nicht; das andere Mal bei einem Herrn, dessen Kinder die „Blässe" nicht hatten. In der Literatur fand ich nur 2 ähnliche Beobachtungen.

Dr. *Hodgkin* (*Büchner* l. c. pag. 22) referirt über eine englische Familie, „in welcher sich eine verschieden von dem übrigen Haar gefärbte weisse Haarlocke durch viele Generationen hindurch fortpflanzte."

Darwin kannte einen Irländer mit kleiner weisser Locke im dunkeln Haar auf der rechten Kopfseite, Mutter und Grossmutter hatten dieselbe Abnormität (die Mutter links).

Dr. *Georg Seidlitz* [2]) citirt höchst frappante Vererbung von Haaranomalien (pag. 132, behaarte, sonst kahle Körperstellen, wie Nase, Ohren etc.).

Bei Thieren kommen solche Farbenanomalien öfters vor (weisse Füsse, Schweifspitzen, Sterne auf Stirn und Brust), und die Blumenzüchter kennen und verwerthen sie längst, ist doch z. B. die Blutbuche nur das festgehaltene Fortpflanzungsprodukt einer gewöhnlichen Buche, deren Blätter aus unbekannten Gründen roth waren.

Die Thatsache, dass sich eine solche, rein äusserliche Abnormität sofort in so intensiver Weise forterbte, ist immerhin sehr interessant und erlaubt uns Schlüsse auf die Art und die Möglichkeit der Vererbung wichtigerer körperlicher [3]) und geistiger Anlagen, von denen namentlich die letztern in ihren ersten Anfängen oft genug kaum oder gar erst durch die Kenntnis hereditärer Belastung zu erkennen sind.

Der anatomisch-physiologische Prozess des Weisswerdens der Haare bietet in unsern Fällen gar keine, sowie denn auch überhaupt keine Anhaltspuncte. Nach

[1]) Eine Vererbung multipler Atherome durch mehrere Generationen werde ich demnächst mittheilen.

[2]) Dr. *Georg Seidlitz*, Die *Darwin*'sche Theorie. II. Aufl. Leipzig, 1875.

[3]) Ich erinnere beiläufig an die Vererbung zusammengewachsener Finger, der Teleangiectasien, sowie auch der Zwillingsgeburten etc.



Pfaff's [1]) Untersuchungen schwindet das Pigment der Marksubstanz des Haares erst im höhern Alter, bleibt aber in vielen weissen Haaren, namentlich jugendlicher Individuen erhalten.

Die Farbe des Haares entsteht nach diesem Autor durch das Pigment aller seiner Theile: das dunkle Haar hat nicht nur dunkles Pigment in der Marksubstanz, sondern auch dunkle Hornmassen der Kortikalschichten.

Beim Weisswerden entsteht nun zuerst gänzliche Farblosigkeit des Hornstoffes durch Verschwinden der in ihm zerstreuten spindelförmigen Pigmentzellen; zugleich schrumpft aber auch die Hornmasse zusammen, so dass die feinen, röhrenförmigen Zwischenräume der einzelnen Hornfasern verschwinden und die ganze Hornschicht als blasse, glasartige, das Licht reflektirende Masse erscheint. Dieser Prozess kann mit Chlorgas an Haaren jeder Färbung leicht unter dem Mikroskope verfolgt werden.

Das plötzliche Weisswerden der Haare soll durch Resorption einer Fettsäure entstehen, die unter dem Einflusse psychischer Erregungen ausgeschieden wird.

Für unsere Fälle wäre also das kongenitale Fehlen der Pigmentzellen des Hornstoffes der Haare einer beschränkten Stelle der Kopfhaut pathognomisch. [2])

Dass das frühzeitige Ergrauen normal geborener Haare auch familiär, also ererbt ist, wissen Sie. Ich illustrire es durch den Brief eines solchen anticipirten Graukopfes.

„Sie fragen über die in unserer Familie eigenthümliche Erscheinung des frühzeitigen Ergrauens. Da sowohl mein Grossvater als mein Vater frühzeitig ergrauten, so kann doch gewiss von einer Vererbung die Rede sein. Die ersten Spuren von Ergrauung entdeckte ich an mir selbst schon vor dem zwanzigsten Altersjahre; indessen trat eine sichtliche Ergrauung erst vom 24. Altersjahre an ein, welche mit dem 30. schon ziemlich weit vorgeschritten war, so dass ich mich schon damals zu den ehrwürdigen Häuptern zählen durfte. — Ungefähr die nämlichen Stadien durchlief mein Bruder. Ich erinnere mich, vor Jahren, theils aus Eitelkeit, theils um den kritischen Bemerkungen, wo nicht dem Spott, der guten Freunde zu entgehen, mir eine Menge weisser Haare ausgerissen zu haben, über die ich jetzt in vorgerückterem Alter herzlich froh wäre. Bei meinen Schwestern trat die Ergrauung ebenfalls frühzeitig, wenn auch später als bei uns Brüdern auf. Es mag hier eine Differenz von ca. 10 Jahren vorliegen. . . . Alles in Allem genommen, möchte ich fast behaupten, dass bei uns die schwarze oder braune Haarfarbe nur Firnis, der Grundton aber weiss ist und dass, wenn man Vergleiche mit dem Thierreich ziehen will, der Grauschimmel auch beim Menschen vorkommt. . . . .“

Zum Studium der Macht und der Art der Vererbung ist die Form und die Farbe der Haare ein sehr werthvolles Material, da beide bei einmal rein gezüchteten Racen sich mit grosser Konstanz weiter erben.

Wir sehen das beim Menschen nicht nur an der so eminent verschiedenen Art der Behaarung der einzelnen Racen: wir erkennen es auch bis in die einzelnen Varietäten hinein. Es gibt Familien, bei welchen sich rothe Köpfe von Geschlecht zu Geschlecht weiter erben, einzelne Generationen überspringen, um atavistisch bei der nachfolgenden wieder aufzutreten. Es genügt zuweilen, nach längerem Ausbleiben, die Heirath mit einem blonden, also farbverwandten Ehetheil, um sofort wieder einer Reihe rother Kinder zu rufen.

Besser als beim Menschen studiren wir solche Fragen beim Thier, wo die

[1]) Dr. *E. R. Pfaff*, Das menschliche Haar. II. Aufl., 1869. Leipzig, Otto Wigand.
[2]) Bisher leider zu untersuchen versäumt, soll aber nachfolgen.



Zuchtwahl auf kleinere, unter Umständen auf gar keine Hindernisse stösst. Da ist nun Form und Farbe des Haares durch konstante und rationelle Weiterzucht zu einem der charakteristischen Racenmerkmale geworden, an dem unentwegt festgehalten wird.

So haben unsere drei grossen schweizerischen Rindviehschläge eine ganz verschiedene Behaarung, von der nicht abgewichen wird. Und das ist nicht blos Modesache, sondern Farbe und Form des Haares sind einfach das äusserlich leicht wahrnehmbare Zeichen der konstanten, in ihren guten und schlechten Eigenschaften sich forterbenden Race. Wir haben die einfärbig hellgrauen Schwyzerkühe mit dunklem Strich über den Rücken, beim Fleckvieh die blass-, gelblich-röthlichen Schecken des Simmenthales und die Schwarzflecke der Freiberge. Niemals gilt eine schwarzgefleckte Simmenthaler Kuh als racenächt; ja der einsichtige Züchter verwirft sogar die Farbennuance: er hält eine fuchsrothe Fleckfarbe für unächt, für das Produkt unreiner Zucht.

Sie kennen Alle den Dachshund und wissen, dass derselbe z. B. bei schwarzem Fell rostbraune bis gelbe Abzeichen trägt, gelbe Haare über den Augen, an der Kehle, den Dorsalseiten der Läufe etc. Mit Freunden besas ich ein paar fuchsrothe Dächser mit hellgelben Abzeichen, durchaus racenächt; von 2 Würfen waren alle ganz gleich gefärbt. Durch ein Malheur wurde die hitzige Hündin von meinem weissrothen englischen Hühnerhund (Setter) gedeckt. Es kamen gescheckte Bastarde. Der als Hundezüchter erfahrene Jagdhüter erklärte sofort, zur Racenzucht sei die Hündin fernerhin untauglich. Beim nächsten Wurf, provozirt durch den Rüden (Dächser), der mit der Hündin früher ausnahmslos Racenhunde produzirt hatte, kamen Junge, die nach Form und Farbe ganz verschieden waren; selbst die im Grundton wie die Alten gefärbten trugen nun grosse weisse (statt gelber) Abzeichen. Ganz gleich war es beim nächsten Wurf — das einmal eingedrungene racenunreine Blut wirkte nach.

Bei Fortsetzung der Züchtung und Beiziehung frischen Blutes durch racenächte Individuen gleicher Art hätte gleichwohl nach und nach wieder ein reiner Stamm erzeugt werden können.

Sehr hübsche Beispiele dieser Art hat *Darwin* gesammelt: England mit seinen grossen Hülfsmitteln und seinem einsichtigen Interesse für diese Fragen war hiezu der richtige Boden.

„Eine kastanienbraune arabische, nahezu Vollblutstute erzeugt [1]) mit einem Quaggahengste einen Bastard; später warf sie von einem arabischen Rapphengst zwei Füllen, welche zum Theil graubraun und an den Beinen deutlicher als der wirkliche Bastard, ja selbst als das Quagga gestreift waren. Eines der beiden Füllen war am Halse und mehreren andern Theilen seines Körpers deutlich mit Streifen gezeichnet." Streifen am Körper, der an den Beinen gar nicht zu gedenken, sind, wie *Darwin* sicher angeben kann, bei Pferden aller Arten in Europa äusserst selten und bei Arabern unbekannt. Was aber den Fall noch auffallender macht, ist, dass das Mähnenhaar dieser Füllen dem des Quagga's ähnlich war, nämlich kurz, steif und aufrecht, so dass das Quagga den Charakter der von dem arabischen Rapphengst später erzeugten Nachkommen affizirt hatte.

Darwin theilt einen zweiten, analogen Fall mit, der einen noch charakteristischeren Beleg des Einflusses der frühern Befruchtung bildet. Eine Sau der schwarz und weissen Essexrace, „von der man sehr wohl weiss, dass sie sehr rein züchtet und niemals irgend eine braune Färbung zeigt", wurde von einem wilden Eber (also Keiler, Wildschwein) von tief kastanienbrauner Färbung besprungen. Die „produzirten Schweine trugen in ihrer äussern Erscheinung Merkmale sowohl des Ebers als der Sau; bei einigen herrschte aber die braune Färbung des Ebers bedeutend vor." Nachdem der wilde Eber schon längere Zeit todt war, wurde die Sau zu einem Eber ihrer eigenen schwarz und weissen Race gethan und warf nachher einige Ferkel, welche deutlich dieselbe kastanienbraune Färbung hatten, wie die aus dem ersten Wurfe.

[1]) Nach einem Citate von *Zeissl*, Syphilis, pag. 632.



Warum dominirt in solchen Fällen der einmalige Einfluss der fremden Race über die sich doch sonst so konstant forterbenden eigenen Racenmerkmale? Es ist das die sog. Individualpotenz, die schwer verständlich bleibt.

Wie schwierig übrigens die Herstellung der Konstanz einer solchen Anomalie ist, mag Ihnen der Umstand beweisen, dass nach *Settegast* 13 Jahre nöthig waren, um auf den Körper einer Taube (sogen. Mandelburzler) einen weissen Kopf zu bringen.

Im Allgemeinen gelten bei solcher Art Züchtung die Sätze, dass Ungleiches mit Ungleichem gepaart Ausgleichung, Aehnliches mit Aehnlichem gepaart, Aehnliches gibt.

Wir fragen uns mit Recht, ob solche Grundsätze nicht auch mehr als bisher bei der Fortpflanzung des Menschen zur Geltung kommen sollten. Kann es dazu kommen, dass bei der Verheiratung auch die wahrscheinliche Gestaltung der zukünftigen Individuen, der Kinder, in's Auge gefasst und neben allen andern Gründen mit in die Wagschale gelegt wird? Können wir wenigstens die Erblichkeit krankhafter Anlagen verhüten? Gewiss! Wenn der Heiratslustige sein Gewissen und durch dasselbe den Arzt zu Rathe zieht, so wird es möglich sein, durch Zuchtwahl, durch anderes, besseres Blut das Erbübel zu mindern und nach und nach auszumerzen.

Wir können aber auch schöne Resultate erzielen durch passende Erziehung, in körperlicher und geistiger Richtung. Der Mensch ist nicht das einseitige Produkt der Ererbung, sondern der Mittelwerth der Ererbung und Anerziehung. Das Kind des Verbrechers kann ein braver Mensch werden, der hereditär tuberkulös Belastete von diesem Uebel verschont bleiben, wenn er richtig erzogen, in die ihm nöthigen, günstigen Verhältnisse gebracht wird.

Diese Art von Prophylaxe ist so wichtig, dass mit der Zeit dem guten Willen der Aerzte sich gewiss auch die Einsicht der Zeitgenossen zugesellen wird. Der ärztliche Rath wird in allen diesen Fällen schwierig, aber er wird erfolgreich sein.

Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

1. Sommersitzung 30. Juni 1883[1]) im Cantonsspital.

Präsident: Prof. *Krönlein*. Actuar: Dr. *Lüning*.

Der neugewählte Präsident, Herr Prof. *Krönlein*, begrüsst die Versammlung mit einer kurzen Ansprache und geht dann zur Demonstration folgender in seiner Klinik behandelten Fälle über:

1) 5jähriges Mädchen. Totale Laryngofissur wegen diffuser Papillome beider vordern Stimmbandhälften, besonders ihrer Unterflächen, Abtragung der Neubildung mit Scheere und scharfem Löffel. Das vor der Operation aphonische Mädchen spricht jetzt mit lauter, nur noch etwas tiefer Stimme.

2) 4wöchentliches Kind, wegen Atresia recti bei vorhandener Aftereinstülpung von 2 cm. Länge am 3. Lebenstage operirt. Die Proctoplastik bot wegen der

[1]) Erhalten 20. October 1883.



ziemlichen Entfernung und geringen Füllung des occludirten obern Darmendes einige Schwierigkeiten; letzteres wurde mit 4 Suturen an der Hautwunde fixirt. Heilung.

Im Anschluss an diesen bespricht der Vortragende einen von ihm in Giessen operirten Fall, wo die Proctoplastik primär unmöglich war. Es wurde deshalb die Entero-Laparotomie nach *Littre* ausgeführt und erst ½ Jahr später die Proctoplastik angeschlossen, die jetzt bei dem weitern Beckenausgang und der Senkung des Enddarms nach letzterm zu möglich war. Das Kind lebt noch mit ganz kleiner Fistel.

3) 47jähriger Mann, bei dem wegen ausgedehntem ulcerirtem Carcinom der ganzen Unterlippe, der Wangengegend und des Kinns, das dem Knochen fest aufsass und mit Drüsenschwellung complicirt war, die Excision und Cheiloplastik aus der Kinn- und Unterkinnhaut nach *v. Langenbeck* ausgeführt worden war. Prof. *Krönlein* demonstrirt die Vorzüge dieser Methode, die keine entstellenden Narben liefert, da sie, wie im vorliegenden Falle, erlaubt, den Defect durch Naht zu schliessen. Vor 8 Tagen wurde die zu kleine Mundöffnung durch einfache Spaltung und Vernähung der Haut und Mundschleimhaut nach *Dieffenbach* corrigirt; falls Pat. ein noch vollkommeneres cosmetisches Resultat wünscht, kann später noch die Verziehung des Lippensaumes nachgeschickt werden. Nicht rathsam ist es, diese Correctionen sehr bald nach der Operation oder schon bei dieser vorzunehmen.

4) 68jähriger Mann, dem wegen ausgedehntem ulcerirtem Carcinom (Recidiv), das ursprünglich vom rechten untern Lide ausgegangen war, der rechte Oberkiefer resecirt und die Orbita ausgeräumt werden musste. Zur Deckung des entstandenen grossen Defectes musste ein 14 cm. langer Schläfenlappen benutzt werden, da ein Stirnlappen wegen Ausdehnung des erstern über die Nasenwurzel sich nicht formiren liess. Heilung.

5) 36jähriger Mann mit Phosphornecrose des rechten Oberkiefers. Die Erkrankung datirt seit der Wiederaufhebung des Verbotes des gelben Phosphors. Extraction des ganzen rechten Oberkiefers (ausgenommen die Orbitalplatte) sammt einem Theil des Zwischenkiefers von der Mundhöhle aus, Vereinigung der Periostschalen von Gaumen und Alveolarfortsatz durch Naht mit vorzüglichem Resultat.

6) Jedenfalls eine der ältesten Beobachtungen von Phosphornecrose stellt der hierauf vorgestellte Fall vor, der einen 62jährigen Mann betrifft. Derselbe arbeitete von 1836—1840 in einer Zündhölzchenfabrik; erst 1844 zeigten sich die ersten Symptome der Erkrankung und bildeten sich Fisteln am Unterkiefer. 1851 war Pat. vorübergehend im Spital, 1854 wurde daselbst von Prof. *Locher-Zwingli* der ganze Unterkiefer in drei Sitzungen entfernt, worauf Heilung eintrat, die bis 1881 persistirte. Seither leidet Pat., ohne jemals wieder mit Phosphor gearbeitet zu haben, an Necrose beider Oberkiefer, von denen bedeutende Stücke extrahirt wurden; rechterseits greift jedoch die Necrose auf das Jochbein und die Schädelbasis über und ist eine Demarcation noch nicht eingetreten. Als Folge der langwierigen Eiterung lässt sich Amyloid der Unterleibs-



organe constatiren. An Stelle des extrahirten Unterkiefers hat sich eine solide Knochenspange neugebildet; beide Kiefergelenke sind ankylotisch. Pat. isst mit grosser Fertigkeit unter Zuhülfenahme der stark hypertrophirten Unterlippe.

7) Demonstration der frontal durchsägten Knochenpräparate eines durch Osteotomie beider Tibien geheilten Falles von Genu varum sin. et valgum dextr., der einige Monate nach vollendeter Heilung einer acuten Miliartuberculose erlag. Die Präparate bestätigen die Ansicht von *Mikulicz*, dass die Ursache dieser Verkrümmungen nicht in Veränderungen der Epiphysen selbst, sondern in solchen des Epiphysenknorpels an der Diaphysengrenze zu suchen ist.

8) 32jähriger Mann, dem vor 3 Wochen eine Weidenruthe von 30 cm. Länge durch die Boutonnière aus der Blase entfernt worden war. Obschon der Fremdkörper nur 5 Tage in der Blase verweilt hatte, zeigte derselbe schon starke Inkrustation.

Denselben Eingriff erforderten 2 andere von Prof. *Krönlein* früher auf der Klinik operirte Fälle von Fremdkörpern in der Blase. In dem einen bestand derselbe in einem Bleistift, im andern in einem Lycopodium-Stengel, um den sich nach ca. 2jährigem Verweilen in der Blase ein grosser Stein gebildet hatte. Demonstration dieser Präparate.

9) Prof. *Krönlein* weist ein defectes künstliches Gebiss vor, das er einem 36jährigen Manne, der dasselbe im Schlafe verschluckt hatte und in Folge einer 6 Tage später erfolgten arteriellen Blutung hochgradig anämisch war, durch die Oesophagotomie entfernt hatte. Der Fremdkörper hatte die Speiseröhre in der Höhe der obern Thoraxapertur nach links perforirt; bei der Operation keine Blutung und keine Quelle der vorausgegangenen zu sehen. Am 8. und 14. Tage nach der Operation wiederholte sich leider die Blutung ex œsophago trotz günstigstem Wundverlauf und äusserst sorgfältigem Regime; das erste Mal kam sie durch Ohnmacht zum Stehen; die zweite endigte tödtlich. Die Section ergab als Quelle dieser unstillbaren Blutungen einen durch eine zweite Perforation des Oesophagus rechterseits arrodirten grössern Ast der A. thyreoidea inf., die wegen der bestehenden Struma stärker entwickelt war. Die Operationswunde war bis auf einen oberflächlichen Granulationsstreifen geheilt.

10) Schliesslich werden 3 Fälle von schwerer complicirter Fractur des Unterschenkels vorgestellt, die sämmtlich unter dem Jodoform-Schorfe zur Heilung gelangten. Der Vortragende zieht in allen Fällen, die frisch und nicht mit allzu ausgedehnter Weichtheilverletzung complicirt sind, die antiseptische Verschorfung der Ausräumung und Drainage vor, weil erstere sich mit dem primären Gypsverbande combiniren lässt, der durch die letztere Methode, die einen umfangreichen antiseptischen Verband erfordert, ausgeschlossen ist. Die Resultate in der Behandlung complicirter Fracturen unter dem Schorfe sind in der Zürcher chirurgischen Klinik sehr günstige gewesen, wie der Vortragende an einer ca. 50 Fälle umfassenden Beobachtungsreihe genauer ausführt. (Da demnächst eine Dissertation über diesen Gegenstand erscheinen wird, verzichten wir, hier näher darauf einzugehen.)

Referate und Kritiken.

Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten.

Für Studirende und Aerzte von Dr. *Ad. Strümpell*, Professor und Director der medicinischen Poliklinik in Leipzig. I. Band. Leipzig, bei F. C. W. Vogel, 1883. S. 716.

Es enthält dieser Band die acuten Infectionskrankheiten, sodann die Krankheiten der Respirations-, Circulations- und Digestionsorgane. Unter den acuten Infectionskrankheiten werden neben den einheimischen allgemeinen acuten Infectionskrankheiten, also die fremdländischen und tropischen Formen ausgenommen, die epidemische Cerebrospinal-Meningitis, Diphtherie, Dysenterie, sodann die infectiösen Wundkrankheiten, einige Epizootien, endlich aber auch Lyssa und Trichinosis behandelt. Es sind in diesen Rahmen so verschiedenartige Krankheiten vereinigt worden, während die Influenza darin nicht zu finden ist, dass hier für die Kritik genügende Gelegenheit zu Bemerkungen gegeben wäre. Doch diese Eintheilung ist schliesslich Nebensache und sie wird es um so mehr, eine je grössere Sorgfalt auf die Ausarbeitung der einzelnen Krankheiten gelegt ist. Was den Inhalt des Bandes betrifft, so bin ich in der Lage, nur Gutes und Anerkennendes darüber berichten zu können. Es ist wirklich der neueste wissenschaftliche Standpunct in der Behandlung der einzelnen Krankheitsbilder vertreten, besonders was die Aetiologie und Pathogenese betrifft. Verfasser vertritt mit Entschiedenheit den parasitologischen Standpunct, er überträgt ihn selbst auf Krankheiten, für die ihn anzunehmen vor der Hand keine zwingenden Gründe vorliegen; aber trotzdem unterlässt er es nicht, auch die schwächeren Seiten dieser Lehre anzuführen und darauf aufmerksam zu machen, was noch geleistet werden muss, um auch andern Ansichten über diese Fragen gerecht zu werden. So finde ich denn gerade die Aetiologie und Pathogenese in dem Capitel über Lungentuberculose in einer Weise bearbeitet, die innerhalb des bescheidenen Raumes eines Lehrbuches allen Anforderungen genügen kann. Es drängt auch dieser Standpunct nicht einseitig und übermässig sich hervor, sondern in gleicher Weise sind auch die klinischen wie die pathologisch-anatomischen Beziehungen und vor Allem die Diagnose und die Therapie der einzelnen Krankheiten mit Benützung der neuesten Arbeiten und Erfahrungen auf das Sorgfältigste behandelt. Verf. befleissigt sich dabei einer so präcisen und klaren Sprache, er vermeidet es so glücklich, unwesentliche Seiten der behandelten Gegenstände zu berühren, einfach zu theoretisiren, dass der Leser wirklich in den gedrungenen und der Natur des Lehrbuchs nach kurzen Capiteln, die die einzelnen Krankheiten behandeln, hinlängliche Belehrung und practische Führung finden kann. Er hat mit guter Kritik die einschlägige Literatur benützt, aber allenthalben tritt uns in fruchtbarer Weise auch das durch eigene Beobachtung und Untersuchung geläuterte persönliche Urtheil des Verfassers entgegen. Ich führe im Nachstehenden einige Bemerkungen an, die mir beim Durchlesen des Buches aufstiessen. Verf. führt unter den Nachkrankheiten des Typhus abdom. an, dass die im Verlaufe und in der Reconvalescenz auftretenden Psychosen in der Regel melancholische Depressionszustände darstellen. Es ist das wohl nicht so allgemein der Fall, da viele Fälle den maniacalischen Exaltationszuständen, der acuten Verwirrtheit und Verrücktheit angehören. Vereinzelt wurde auch Dementia paralytica nach Typhus beobachtet. Im Capitel des Scharlachs vertritt Verf. den Standpunct, dass die Scharlachdiphtherie mit der ächten Diphtherie ätiologisch nichts zu thun habe, sondern eine vom Scharlachgifte hervorgerufene Rachenaffection sei. Interessant ist die Bemerkung, dass in Leipzig die eigentliche Scharlachnephritis nicht als Glomerulo-Nephritis auftrete. In Bezug auf die Aetiologie des Asthma bronchiale schliesst sich Verf. *Trousseau* an, indem er als Ursache desselben einen tonischen Krampf der kleineren Bronchialmuskeln annimmt, der vielfach auf reflectorischem Wege entstehe. Die Bedeutung der *Leyden*'schen Krystalle als erregendes Moment hält er mit Recht für zweifelhaft. Bei der Behandlung des Asthma vermisse ich die Anwendung des Apomorphins und der Salzwasserinhalationen, bei der der catarrhalischen Pneumonie die symptomatische Verwendung der Opiate, die jedenfalls so gute Dienste leisten als die Expectorantien. Die croupöse Pneumonie ist ihm eine acute Infectionskrankheit. Im Capitel der Tuberculose der Lungen vermisse ich eine eingehendere Behandlung der nicht so seltenen käsigen Pneumonie. Die Lungenschrumpfung scheint Verf. nur als secundäre Erscheinung anzuerkennen. In



Bezug auf ihre Genese hält er die Betheiligung der Pleura nur für eine secundäre und will entgegen *Buhl* und Andern fast immer ausgedehnte Cavernenbildung dabei beobachtet haben. Er rechnet die hieher gehörigen Fälle einfach zur Phthise, ja zur Tuberculose, während es doch unzweifelhaft, ganz abgesehen von der primären interstitiellen Pneumonie, auch secundäre ohne alle Tuberkelbildung gibt. Der von ihm vermisste Nachweis der Auffindung der Bacillen in den Darmdejectionen ist meines Wissens *Lichtheim* und *Demme* gelungen. Die allgemeine acute Miliartuberculose wird mit Recht besonders behandelt. Dass dabei in der Hälfte der Fälle tuberculöse Meningitis vorkommt, scheint mir ein Verhältniss, das nicht überall beobachtet wird. Die primäre Pleuritis ist nach Verf. viel seltener, als man glaubt, doch lässt er sie vorkommen. Nach ihr hat die Actinomycosis unter Peripleuritis ihre Behandlung gefunden. Unter die Veranlassungen eines Pneumothorax darf man auch das Emphysem und die Bronchiectasie rechnen. Verf. hält den Pyo-Pneumothorax für häufiger als den Sero-Pneumothorax *(Weil)*. In Bezug auf Endocarditis scheint mir die so häufige Schwierigkeit, ja selbst manchmal Unmöglichkeit ihrer klinischen Diagnose zu wenig betont zu sein. Die chronische Endocarditis wird unter den Klappenfehlern des Herzens behandelt. Verf. glaubt auch an die Möglichkeit der Heilung von Herzklappenfehlern. Unter die ätiologischen Momente der idiopathischen Herzhypertrophie möchte ich psychische Alterationen und Fieber eingereiht wissen. Die catarrhalische Angina nennt *Virchow* bekanntlich eine angina cum catarrho. Unter den Ausgängen nach Magencarcinom findet sich das coma carcinomatosum noch nicht angegeben. Im ganzen Buche haben mich allein die Capitel der chronischen Pneumonie und der chronischen Endocarditis etwas weniger befriedigt als die übrigen. Füge ich hinzu, dass der Band mit einer Menge trefflicher Holzschnitte, Temperaturcurven, Entozoen, organische Körper aller Art etc. darstellend, versehen und auch sonst von der Verlagshandlung vorzüglich ausgestattet ist, so kann ich mein Gesammturtheil dahin zusammenfassen, dass unter der grossen Zahl ähnlicher Lehrbücher das vorliegende einen hervorragenden Platz einnehmen wird und daher den Aerzten wie den Studirenden dringlichst empfohlen werden darf, wenn die zwei noch folgenden Bände dem vorliegenden gleich tüchtig ausgearbeitet sein werden. *L. W.*

Kinderspital in Basel.

XIX. Jahresbericht über 1881, erstattet von Prof. Dr. *E. Hagenbach*, Oberarzt und *G. Schenker*, Assistenzarzt. Pag. 96.

Nach den statistischen Angaben des Berichts wurden im Jahr 1881 im Ganzen 445 Kranke (darunter 70 Kinder über 10 Jahre) im Spitale verpflegt. Von diesen waren Angehörige von Baselstadt 66, der übrigen Schweiz 218, des deutschen Reiches 143, übriger Länder 18.

Von einer Reihe interessanter Krankheitsfälle werden die Krankengeschichten im Auszug mitgetheilt. Darunter finden sich: 3 Fälle von Pleuritis exsud. suppurat. mit sehr günstigem Verlauf nach Thoracocenthese, Drainage der Pleurahöhle und Ausspülungen; Peritonitis mit abgesacktem eitrigem Exsudat, nach Incision und Entleerung desselben Entstehung einer Darmfistel, vollständige Heilung 4 Monate nach der Erkrankung; Tetanus bei einem 10jährigen Mädchen, Dauer ca. 1 Monat bis zur vollständigen Lösung; Hysterie bei einem 10jährigen Mädchen, verbunden mit cataleptischen Erscheinungen; complicirte Fractur des Schädeldaches mit Prolapsus cerebri am l. Tuber frontale, Heilung unter *Lister* ohne restirende nervöse Störungen; complicirte Splitterfractur des l. Unterschenkels; 5 Fälle von Spondylitis, bei welchen Extension und *Sayre*'scher Gypspanzer, z. Th. auch Corset aus poroplastischem Filz, recht befriedigende Resultate gaben; chron. fungöse Entzündung des Ellenbogengelenks, Heilung nach Resection mit guter Functionsfähigkeit u. s. w.

Unter den 70 lethal verlaufenen Fällen, von denen allen Krankengeschichte und Sectionsprotocoll im Auszug wiedergegeben werden, ist von besonderem Interesse ein Fall von Diabetes insipidus bei einem 4jährigen Kinde, das ca. 8 Monate an Diabetes litt und schliesslich an Meningitis tuberculosa starb. Die Section ergab einen käsigen Tuberkel des Infundibulums, sowie einen Erweichungsherd im rechten Corpus striat.

Zahlreiche tabellarische Zusammenstellungen geben bei Besprechung der einzelnen Krankheiten gute Uebersicht.



Stark vertreten waren dieses Jahr die Infectionskrankheiten. Ausführliche Erörterung finden Diphtheritis und Croup. Von 53 Kranken kamen 37 zur Tracheotomie, von den Operirten genasen 15, d. h. 40,5%. In eingehender Weise berichtet Prof. *Hagenbach* über eine Diphtheritis-Epidemie, welche das Kinderspital selbst während eines Theiles des Jahres heimsuchte und 21 Erkrankungen mit z. Th. tödtlichem Ausgange zur Folge hatte. Sie war offenbar Theilerscheinung der bedeutenden Zunahme der Diphtheritis in der Stadt Basel überhaupt, die sich während des Jahres 1881 zeigte. Daneben waren vermehrte Aufnahmen Diphtheritischer in das Spital, ferner Einschleppung des Giftes durch Besuche aus der Stadt, sowie Isolirung der Diphtheritiskranken in einem Zimmer des Spitals selbst von begünstigendem Einfluss. Directe Ansteckung von einem Kinde zum andern wurde nicht beobachtet. Verf. erachtet vom Spitalgebäude entfernte Absonderung für Diphtheritische nothwendig, ohne aber gänzliches Verschwinden von Hausinfectionen zu erwarten.

Aus der Verwaltungsrechnung der Anstalt entnehmen wir, dass die Kosten per Pflegling und Tag während des Jahres 1881 Fr. 3. 21 ausmachten.

Die Zahl der in der Poliklinik des Kinderspitals behandelten Kranken betrug 551, die der gegebenen Consultationen 887. Dr. *Zimmerli*.

Der endemische Kropf und seine Beziehungen zur Taubstummheit und zum Cretinismus. Von Dr. *Heinrich Bircher*. Mit 3 Karten. Basel, Benno Schwabe, 1883.

Die Meinung, dass das Trinkwasser an der Entstehung des endemischen Kropfes die Hauptschuld trage, ist uralt und mit Recht haben alle neueren Forscher ihr Augenmerk vorzugsweise darauf gerichtet, diejenige Bodenformation zu erkennen, welche als *alleiniger* Träger des endemischen Kropfes betrachtet werden müsse. Trotz vieler vortrefflicher und fleissiger Arbeiten, welche in diesem Sinne ausgeführt wurden, war man doch bisher zu keiner allgemein anerkannten Theorie gekommen. Der Fehler lag zum grossen Theil darin, dass manche Forscher auf einem geologisch nicht hinreichend genau bekannten Terrain arbeiteten, und die Einzelnen sich zu enge Gesichtspuncte steckten.

Wenn *Bircher* nun zunächst ausgeht von dem ihm am genausten bekannten Terrain seines Heimathcantons Aargau, so hat er den Vortheil, hier ein geologisch wohl durchforschtes Terrain zu finden, auf dem er zugleich die Intensität der Kropfendemie mit grösster Sicherheit verfolgen konnte. Das hier local Gewonnene kann er dann bequem und als Probeexempel auf die übrige Schweiz und dann die übrigen europäischen Länder übertragen.

Wenn man das Capitel vom „Kropf in der Schweiz" bei *Bircher* liest, sich dazu der vortrefflichen Karten, wo die Endemien in ihrer Intensität auf die geologische Unterlage eingetragen sind, wenn man dem Autor in seinen Auseinandersetzungen und Beweisführungen folgt, wenn man sieht, wie scheinbare Ausnahmen (z. B. Asp) schliesslich nur zur Bestätigung der aufgestellten Theorie dienen, so gewinnt man die Ueberzeugung, dass *Bircher* mit dieser Theorie vollkommen Recht hat. Wir wollen es dem Leser überlassen, diesen mit ausgezeichnetem Fleisse und vollstem Verständniss in vortrefflich klarer Weise gemachten Auseinandersetzungen des Autors selbst zu folgen, welche zu dem Schluss führen, dass der Kropf nur auf den marinen Sedimenten des paläozoischen Zeitalters, der triasischen Periode und der Tertiärzeit vorkommt. Frei von Kropf sind die aus dem Erdinnern gluthflüssig aufgestiegenen Eruptivgebilde, das krystallinische Gestein der archäischen Formationsgruppe, die Sedimente des Jura- und Kreidemeers, des quaternären Meers, sowie sämmtliche Süsswasserablagerungen.

Von der grössten Bedeutung ist das Capitel über die cretinische Degeneration. Der Zusammenhang von Kropfendemie, Cretinismus und Taubstummheit ist von den Autoren wohl angedeutet, für den Cretinismus angenommen worden, ein Beweis dafür ist jedoch niemals erbracht. Dieser Arbeit hat sich *Bircher* unterzogen. Der Beweis beruht im Wesentlichen darauf, dass diese drei Endemien local völlig parallel laufen. Es genügt ein Blick auf die beigegebenen Karten, um sich von diesem Verhältniss zu überzeugen und von grossem Interesse ist es, zu sehen, wie eine schon im Jahre 1842 von *Michaelis* für den Aargau entworfene Karte über Taubstummheit und Cretinismus



genau den auch später (1870) gemachten Aufnahmen und zugleich der Verbreitung der Kropfendemie entspricht (Karte I).

Bei dem Capitel über die Aetiologie der cretinischen Degeneration werden alle bekannten Theorien kritisch besprochen. *Bircher* tritt auch der Ansicht bei, dass dieselbe sich bezeichnen lasse als eine chronische Infectionskrankheit, deren organisches Miasma an gewissen Formationen unserer Erdrinde haftet und durch das Trinkwasser in den Körper gelangt. Welches Miasma, lässt auch *Bircher* unentschieden; er macht nur auf den grossen Unterschied der Fauna aufmerksam in den Trinkwässern der Kropfzone und der kropffreien Gegend, schliesst sich der Ansicht von *Klebs*, welcher die Naviculæ als eigentliche Ursache bezeichnet, jedoch nicht an.

Mehr wie je bisher wird durch die *B.*'sche Arbeit darauf hingewiesen, wie eminent wichtig bei der grossen und oft so intensiven Verbreitung der cretinischen Degeneration die weiteren Forschungen nach der Aetiologie derselben ist; wie wichtig auch eine frühzeitige und richtige Therapie sein muss. Freilich unsere therapeutischen Mittel, innere wie chirurgische, betreffen nur den Kropf und sämmtliche zusammengenommen sind doch nur im Stande, eine verhältnissmässig geringe Anzahl von Strumen zu beseitigen oder in ihrer Entwicklung hintangehalten. Wohl wird hier der hygieinischen Prophylaxe ein weites Feld eröffnet, aber noch stehen wir auch erst hier bei den Anfängen.

Die Ausstattung des Buches, sowie die Ausführung der Karten ist eine vortreffliche.

Wir wünschen dem Autor zu den Resultaten seiner Jahre lang fortgesetzten mühsamen Arbeit Glück und zweifeln nicht, dass das Buch einen vollständigen Erfolg haben wird, nicht nur in der Schweiz und Deutschland, sondern in der ganzen wissenschaftlichen Welt!

Strassburg i. E., September 1883. *Lücke.*

Ueber Fracturen der Schädelbasis.

Von Prof. *Ed. v. Wahl.* Sammlung klin. Vorträge Nr. 228.

Der Vortrag beschäftigt sich mit dem so viel verhandelten Thema des Mechanismus der Schädelbasisbrüche. Wie die alte Theorie von der Entstehung der fraglichen Brüche durch Contrecoup (Vibrationstheorie) werden auch das *Adam*'sche Gesetz von der Irradiation der Bruchspalten (diese beginnen am Orte des Anpralls und gehen von da auf dem kürzesten Wege nach der Schädelbasis) und die *Felizet*'sche Anschauung von der Immunität des Grundstocks der Schädelbasis und der Strebepfeiler des Schädelgewölbes als unhaltbar zurückgewiesen. Wir haben uns vielmehr auf den Boden zu stellen, den die experimentellen Untersuchungen von *Messerer* und *Hermann* geschaffen haben.

Durch Einwirkung stumpfer Gewalt auf den Schädel als elastische Hohlkugel sind nur 2 Bruchformen denkbar, „entweder ein Zerdrückungs- oder Zertrümmerungsbruch, dessen Bruchlinien senkrecht zur Druckaxe verlaufen, oder ein Berstungsbruch parallel zur Druckwirkung, dessen Beginn nach den Worten von *Messerer* in irgend einen Punct einer Linie fällt, welche ähnlich wie der Aequator von den Erdpolen gleich weit von beiden Druckpuncten um das Hohlgebilde herumzieht“ und „welcher dadurch zu Stande kommt, dass die zur Druckwirkung rechtwinklig verlaufenden Schädelaxen eine Verlängerung, die entsprechenden Meridianbogen aber eine stärkere Krümmung erfahren“.

Die Versuche von *M.* und *H.* ergaben: Bei Compression wird die Elasticität und Festigkeit des Schädels in toto in Anspruch genommen; die Convexität besitzt den grössten Festigkeitsmodul; die Berstung des Schädels erfolgt fast immer in einem Meridian, welcher den Aequator in der Schädelbasis schneidet; die Continuitätstrennung erfolgt stets in der Richtung der einwirkenden Gewalt; der Bruch, entfernt von den gedrückten Polen beginnend, strahlt im Laufe des Meridianbogens nach beiden Seiten hin zu den Polen aus.

Der Verfasser zeigt nun, dass die Bedingungen der Experimente und der klinischen Entstehung der Schädelbasisbrüche principiell dieselben sind und unternimmt es, die Uebereinstimmung der klinischen Erfahrung mit den Leichenexperimenten darzuthun, indem er eine Reihe von sehr instructiven Schädelbasisbrüchen grösstentheils aus der Dorpater Schädelsammlung vorführt und ihre Genese erörtert.

Am Schlusse des Vortrags, der uns eine in dieser principiellen Durchführung neue



Lehre von der Genese der Basisbrüche bringt, stellt Verf. folgende zusammenfassende Sätze auf:

1) Es gibt nur vier Typen der Basisbrüche, Querbrüche, Längsbrüche, Diagonalbrüche und Ringbrüche, von denen die ersten drei den indirecten oder Berstungsbrüchen, die letzteren dagegen den directen oder Zertrümmerungsbrüchen zugezählt werden müssen.

2) Es ist vollkommen gleichgültig, an welchem Punct der Schädeloberfläche die Gewalt angreift, und ob sie an diesem Punct einen Zertrümmerungsbruch hervorruft oder nicht. Die Bruchspalten in der Schädelbasis entstehen durch Berstung, nicht durch Irradiation; auch in dem Falle, wo beide Bruchformen zusammenlaufen, sind die Berstungsbrüche nicht als Fortsetzungen der Zertrümmerungsbrüche aufzufassen.

3) Die Richtung der Gewalt bestimmt die Richtung der Fractur.

4) Aus der Richtung der Bruchspalten lässt sich mit absoluter Sicherheit die Richtung der Gewalt erschliessen. *Fritzsche.*

Handbuch der Hautkrankheiten.

1. Hälfte. *v. Ziemssen*'s Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 14. Bd. 1. H. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1883.

Die längst erwarteten „Hautkrankheiten" sind in der ersten Hälfte, als Anfang des Schlussbandes vom *Ziemssen*'schen Handbuche, endlich erschienen. Das Werk macht dem Sprüchwort „was lange währt, wird gut" alle Ehre. Hauptsächlich von den jungen Meistern der Dermatologie bearbeitet, hat es ein ganz modernes Gepräge. *Unna*'s feine histologische Untersuchungen, *v. Ziemssen*'s Physiologie in knapper Zusammenfassung und die anregende Behandlung der allgemeinen Fragen der Hautpathologie und Therapie durch *Auspitz* führen trefflich in die Disciplin ein. *Schwimmer, Veiel, Geber, Lesser* und *Weyl* haben sich getheilt in die Circulationsstörungen, oberflächlichen und tiefergreifenden, acuten und chronischen Entzündungen der Haut und die Anomalien der Epidermis. Es sind alle sehr erschöpfende Aufsätze. Nicht am mindesten kommt die Gegenwart in *Neisser*'s chronischen Infectionskrankheiten der Haut zu Worte. Es ist die Pilztheorie für diese in Anspruch genommen, natürlich ohne Verschweigen aller noch bestehenden Lücken und Zweifel. Aber gerade das in dieser Richtung Festgestellte einerseits, und anderseits die Aussicht auf künftiges klares Begreifen dieser wichtigen Störungen gewährt bei der Lecture einen besondern Genuss. Nicht unerwähnt darf bleiben, dass gelungene Zeichnungen in ziemlicher Zahl in den Text eingedruckt sind. *Seitz.*

Die neuropathischen Dermatonosen.

Von Dr. *Ernst Schwimmer*, Professor für Dermatologie und Syphilis etc. in Budapest. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1883. 240 S.

Die Einleitung bespricht die verschiedenen Theorien von den Krankheitsursachen. Die erste Abtheilung handelt von den physiologisch-pathologischen Verhältnissen der cutanen Störungen, d. h.: A. von der Bedeutung und den Functionen des Sympathicus, B. von den vom Sympathicus abhängigen Nervencategorien, C. vom Sensibilitätsverhalten und D. von der Reflexthätigkeit der Haut. Die zweite Abtheilung ist den neuropathischen Hautaffectionen gewidmet; A. den vasomotorischen Neurosen, B. den Trophoneurosen der Haut und C. den Idioneurosen. Ein Anhang endlich enthält therapeutische Bemerkungen und den Entwurf eines Systems.

Das Werk ist grossartig angelegt und der Verfasser nimmt an, dass er eine zeitgemässe Frage auf's Tapet gebracht habe; doch werde er die für diese Arbeit angewandte Mühe reichlich belohnt finden, wenn er hiemit nur eine weitere Erörterung auf diesem Gebiete angeregt habe. Wenn man mehr erwartete, würde man in der That bitter enttäuscht werden; denn der Verfasser macht sich seine Aufgabe leicht. Statt neuer Thatsachen und zwingender Beweise und Schlüsse findet man Namen und Worte und Phrasen und subjective Meinungen: „Man kann sich denken", „es lässt sich mehr erschliessen, als beweisen" u. dgl. Der Verf. benützt zu seinen Beweisen, was ihm gerade passt, wenn es auch vereinzelt und zweifelhaft ist oder nicht recht stimmen will. Beim Eczem verwerthet er z. B. das Jucken für den Beweis des nervösen Ursprungs des Eczems. Pag. 184 sagt er beim Scleroma universale, das er ebenso für eine neuropathische



Dermatonose erklärt: „Das Fehlen der Sensibilität selbst“ (dem Sinne nach muss es heissen der Sensibilitätsstörungen) „beweist aber nichts gegen den neurotischen Charakter dieser Erkrankung, da die peripheren Nerven, wenn auch histologisch verändert, klinisch gerade nicht krankhafte Erscheinungen darbieten müssen, selbst wenn Herderkrankungen bestehen“ etc. Warum bringt der Verfasser überhaupt Belege, welche nur die Möglichkeit von Sympathicus- oder Rückenmarkserkrankungen bei Syphilis u. s. w. beweisen, aber kein Wort von Hauterkrankungen sagen?

Das Buch ist nicht nur sehr oberflächlich und dazu stylistisch schlecht geschrieben (wie oft steht „nicht unschwer“ oder „nicht so unschwer“ statt schwer oder nicht so leicht; wie oft braucht er das eigenthümliche „selbe“, die langweilige „allgemeine Decke“!), sondern enthält auch grobe elementare Fehler.

Der Verfasser kann sich bei der vollkommenen Hautanästhesie einer Hysterischen (der femme autographique) keine Reflexthätigkeit vermittelst der sensiblen Fasern denken, „obschon man in diesem Falle Reflexe auf der Haut noch anderweitig auszulösen vermochte“. Was soll man endlich von folgender Erklärung sagen: (Ein mit Schweiss imbibirtes Papier wird mit Lapislösung bestrichen), „wodurch die Verbindung der im Schweiss enthaltenen alcalischen Salze in silbersaure Salze umgewandelt und sichtbar gemacht erschien“!

v. Speyr.

Cantonale Correspondenzen.

Briefe von der deutschen Ausstellung für Hygieine und Rettungswesen.

Von Dr. *Gustav Custer* in Rheineck.

VIII.

Im Anschlusse an die Mittheilungen über das Reichsgesundheitsamt, bei denen ich auch kurz der Desinfection erwähnte, will ich noch der Gruppe „Volkskrankheiten“ gedenken, weil hier auch die anderweitigen, in der Ausstellung zerstreuten wichtigsten Mittel und Vorrichtungen zu der gerade jetzt viel umstrittenen Desinfection von Kranken, Gesunden, Zimmern und Gegenständen zur Sprache gebracht werden können. Der Chemiker Dr. *Frank* bringt seine Brompräparate, das Bromum solidificatum oder Bromkieselguhr, welches 75% reines Brom enthält. Zur Zerstörung von Ansteckungsstoffen in Krankenräumen sollen 5 grmm. des Präparates pro m^3 des zu desinficirenden Raumes genügen. Nach *Frank*, der sich besonders auf die im deutschen Gesundheitsamte gemachten Studien über die Wirksamkeit der verschiedenen gebräuchlichsten Desinfectionsmittel beruft, ist erwiesen, dass die bisher als die zuverlässigsten und wirksamsten betrachteten Desinficientia Carbol, schweflige Säure, Chlor vielen der gefährlichsten Ansteckungsstoffe gegenüber theils gar keinen, theils nur einen höchst ungenügenden Effect zeigen, dass aber in dem Brom ein den wissenschaftlichen und practischen Anforderungen entsprechendes Mittel zur Desinfection geboten sei.

Vom Director des Barakenlazareths in Moabit-Berlin ist das Modell eines Desinfectionsapparates für heisse Luft ausgestellt, der im Wesentlichen aus einem Ofenraum besteht mit Heizung durch eine am Boden befindliche Kupferspirale unter 2—3 Atmosphären Dampfdruck. Durch ein Pyrometer an der Aussenwand wird die im Innern herrschende Temperatur festgestellt. Die zu desinficirenden Objecte werden ca. 2½ Stunden einer Hitze von 120° C. ausgesetzt. Nach den in Berlin angestellten exacten Untersuchungen wird dadurch selbst jede Bacterienspore vernichtet. Selbst im Innern von grösseren Wäschepaketen etc. steigt die Temperatur auf über 100° C. In der prächtig eingerichteten neuen Klinik von *Schröder* steht ein ähnlicher eiserner Desinfectionsofen mit überhitztem Dampf in Betrieb. Ein auf Schienen beweglicher Wagen wird mit den Desinfectionsgegenständen beladen und in den aus Eisenblech bestehenden Hitzeraum hineingeschoben. Im Augustaspital und in der Krankenabtheilung des Gefängnisses zu Plötzensee bei Berlin geschieht die Desinfection in besonderen Kasten mittelst Schwefelkohlenstoff, der einfach in einen am Boden befindlichen Raum gegossen wird; die Wäsche wird auf ein durchlöchertes Blech gelegt und den Schwefeldämpfen ausgesetzt.

Zur Gruppe „Volkskrankheiten“ gehören auch die Ausstellungen der Anstalten für animale Impfung (Kälberlymphe) des Dr. *Fürst* in Leipzig (seit 1877) und des



Dr. *Pissin* in Berlin. In sehr gelungener Weise ist vom Impfkalbe in situ mit reifen Impfpusteln zur Entnahme der Lymphe, Wachspräparaten zur Darstellung des Verlaufes des Vaccineprocesses, microscopischen Präparaten über die im Pustelninhalt gefundenen Microbien bis zum vollständigen Armamentarium des Impfarztes sowie einer ausführlichen Beschreibung der Vornahme und Bedeutung der animalen Impfung auf's anschaulichste Alles zusammengestellt, was auf dieselbe Bezug hat. Die Schaustellung des Dr. *Fürst* ist eine der originellsten und hübschesten im ganzen Hauptgebäude und erregt in hohem Grade die Neu- und Wissensgier der Laien. *Fürst* resumirt sein Urtheil über die animale Impfung in folgenden Sätzen: „Obgleich der allgemeinen obligatorischen Einführung derselben schwer wiegende Hindernisse entgegenstehen (zumal schwierige Beschaffung geeigneter Impfthiere und zeitweilige Fehlimpfung der Kälber), so ist doch angesichts der günstigen Resultate reiner Vaccine die facultative Einführung der Methode gerechtfertigt. Seit die Technik der Züchtung des Impfstoffes von Kalb zu Kalb und dessen Conservirung sich vervollkommnet haben, ist auch der Erfolg ein sehr befriedigender geworden und zur Zeit der Impfung mit der humanisirten Lymphe ziemlich gleichwerthig." *Fürst* hat aus neueren Berichten bestehender Animalimpfanstalten folgende Procentzahlen für die Impfungen mit Erfolg zusammengestellt:

	Primärimpfung	Revaccination.
Unmittelbar vom Kalbe	96—99,7%	43—84%
Mit reiner flüssiger Lymphe je nach Conservirungsdauer	55—88 „	34—52 „
Mit glycerinisirter flüssiger Lymphe	89—90 „	42 „
Mit breiförmiger (Detritus) „	77 „	69 „
Mit trockener „	96—98 „	65 „
Mit Spatellymphe	82—85 „	59 „

Die Staatsimpfanstalt in Hamburg (gegründet 1875) stellte hübsche Modelle über Gebrauchsgegenstände bei der animalen Impfung aus. Hamburg, das gegenwärtig eine sehr gute Sanitätsgesetzgebung besitzt, hat vor 1872 nur freiwillige Impfung gehabt und konnte nach authentischen Berichten vor und in dem Pockenjahre 1871 von einer auch nur einigermaassen durchgeführten Impfung in der Stadt gar keine Rede sein. Diese Thatsache hat aber Prof. *Adolf Vogt* in Bern nicht abgehalten, in seinem Schriftchen „über Pockenseuche und Impfverhältnisse in der Schweiz" unter der Reihe der im Vergleich zu Basel in Bausch und Bogen „weit besser geimpften und trotzdem höhere Pockensterblichkeit aufweisenden Städte" auch Hamburg aufzuführen!!

Mit Uebergehung der reich besetzten Tafel für das Veterinärwesen (Materialien über Organisation desselben, über Stallhygieine, Maassregeln zur Prophylaxis gegen Epizootien, Hygieine des Hufbeschlages, Literatur über Thierschutzvereine etc.) betreten wir jenen Stadtbahnbogen, der all' dasjenige enthält, was uns an den ernsten Spruch „Memento mori" erinnert. Da sind Vorrichtungen zum Leichentransport, verschiedene Bestattungsgegenstände (Särge, Urnen), innere Einrichtungen von Leichenhallen, Morguen, Modelle von Feuerbestattungsanlagen diverser Systeme im Frieden und im Krieg, von Friedhöfen, Materialien zur Conservirung und Desinfection von Leichen, Mittel zur Assanirung von Leichenhäusern und Schlachtfeldern. Sehr sensationell und stellenweise stark übertrieben sind die Aufrufe in der reichhaltigen Ausstellung der Vereine für Feuerbestattung. Derjenige von Berlin hat bei dieser Gelegenheit gleich eine Opferbüchse für den Bau eines Leichenverbrennungsofens in der Stadt aufgestellt. Welch' Grauen muss doch einen nicht sehr urtheilsfähigen Beschauer und Leser ergreifen, wenn er hier gedruckt sieht: „Es ist wissenschaftlich längst dargethan, dass die bisherige Sitte des Begrabens durch Ausströmung giftiger Miasmen in Friedhöfen diese Stätten letzter Ruhe zu Herden der verderblichsten Seuchen für die Ueberlebenden macht!" Im Gegentheile ist ja, wie *Schuster* in *Pettenkofer*'s Handbuch der Hygieine mit Recht bemerkt, die Annahme, dass durch die Friedhöfe Epidemien entstehen, durch nichts bewiesen.

Unter den ausgestellten Särgen sind hygieinisch interessant die Patentgyps- und Cementsärge von Lessmann in Magdeburg, welche in ihrer Grundlage aus zwei Gestellen von Eisen und Holz bestehen, die mit einem Geflecht von starkem geglühtem Eisendraht umgeben sind. Um den Sarg herum wird eine Schicht Gyps oder Cement gegossen.

Die hauptsächlichsten sanitären Vorzüge der Gypssärge bestehen nach Versuchen darin, dass die Verwesungsgase durch den Gyps chemisch verändert und unschädlich



gemacht werden und das Material so dicht ist, dass aus dem Sarge nichts auslaufen kann, wodurch auch eine Uebertragung ansteckender Stoffe ausgeschlossen sein soll. Originell ist ein von Tischlermeister Strauss erfundener Rettungsapparat für Scheintodtbegrabene, wodurch ein im Sarg Erwachender sich durch Läuten bemerkbar machen kann.

Im Freien steht, zu dieser Gruppe (Leichenwesen) gehörig, ein capellenähnlicher Pavillon, in welchem ein Siemens'scher Leichenverbrennungsofen aufgestellt ist, wie er schon seit Jahren in Gotha functionirt (Regenerationssystem mit Gasfeuerung, durch welche jede Rauchbelästigung vermieden wird). Der Zerfall des Cadavers wird nur durch erhitzte Luft bewerkstelligt und die abziehenden Gase sind absolut geruchlos. In Gotha sind an Gebühren für eine Leichenbestattung 100 Fr. zu entrichten (für auswärtige Leichen ausser den Transportkosten 140 Fr.). Der Bedarf an Kohlen zur Heizung des Apparates für eine Verbrennung steigt auf 50—60 Fr. Es war ursprünglich beabsichtigt, jede Woche mittelst des Ofens in dem Feuerbestattungspavillon eine Cadaververbrennung vorzunehmen und sollte von der Berliner Thierarzneischule jeweilen das nöthige Material geliefert werden. Die Polizei hatte jedoch lange Zeit aus nicht genau bekannten Motiven ihre Einwilligung zu diesen Experimenten versagt!!

Eine schöne Zierde der Ausstellung ist das in sehr vorzüglichem und reichem Maasse beigesteuerte Material über Gewerbehygieine, die gerade in Deutschland sowohl wegen der in manchen Gegenden, z. B. in Westphalen, Sachsen so überaus grossartig concentrirten und wichtigen Industrie, als namentlich auch wegen der beiden Specialitäten Bergbau und Hüttenwesen eine hervorragende Rolle spielt, in den letzten Zeiten auch Triumphe gefeiert hat, wie kaum ein anderer Zweig der Hygieine. Die zwei dafür bestimmten Gruppen repräsentiren die Einrichtungen und Maassregeln zur Gesundheitspflege der Arbeiter. Alles, was Schädlichkeiten und Gefahren des Berufes verhüten, was zur Abwehr der für die Umgebung industrieller Anlagen erwachsenden Belästigungen und Schädigungen dienen, was das individuelle, familiäre und sociale Loos der arbeitenden Classen nach den idealen Lebensseiten versüssen kann, ist durch Einzel- und Collectivausstellungen von Vereinen, Grossindustriellen, Ministerien, technischen Hochschulen und einfachen Arbeitern zu einer wahrhaft glänzenden Sammlung vereinigt.

Besonderen Werth besitzen die einschlägigen Materialien des preussischen Ministeriums für Handel und Gewerbe, für öffentliche Arbeiten, der Gewerberäthe der industriellsten deutschen Städte, der technischen Hochschule zu Aachen, der verschiedenen grossen Knappschaftsvereine in Rheinpreussen, Oberschlesien und der Bergämter. Wie nothwendig speciell die Arbeiterhygieine für die beim Bergbau und Hüttenwesen (namentlich für die Verhüttung von Eisen, Zink, Blei, Kupfer, Arsenik und die Gewinnung von Salz und Schwefelsäure) Beschäftigten ist, und wie segensvoll die dafür aufgewandten Mittel sein müssen, ergibt die Arbeiterstatistik, der zufolge im Jahre 1881 in Deutschland in den Bergwerken, beim Salinen- und Hüttenbetrieb über 460,000 Individuen beschäftigt waren; davon kamen 212,000 allein auf die Kohlengewinnung.

Ein werthvolles und übersichtliches Material an Modellen, Plänen und Gebrauchsgegenständen für Gesundheits- und Lebensschutz der Arbeiter stammt aus dem gewerbehygieinischen Museum der technischen Hochschule in Aachen, an welcher über die Gewerbegesundheitspflege besondere Vorlesungen gehalten werden, wie dies an vielen deutschen Polytechniken überhaupt geschieht (v. hiezu das treffliche Werk von *Popper* über „Arbeiterkrankheiten und Gewerbehygieine", Stuttgart 1882). Es finden sich darunter u. A. verschiedene Arten von Respiratoren zum Schutze der Arbeiterlungen gegen Staubinhalation und schädliche Gase, microscopische Präparate über Staublungen, eine ganze Collection der in den Industrien am häufigsten vorkommenden und am schädlichsten wirkenden Staubarten; ferner Apparate zur Luftuntersuchung in Arbeiterräumen (CO_2, Feuchtigkeit), Exhaustoren für Staub.

In der Abtheilung für Berg- und Hüttenwesen fesseln die Sicherheitsmaassregeln gegen schlagende Wetter, Feuer, Rauch und andere Gefahren dieser Beschäftigungsweisen, deren Nothwendigkeit am besten daraus erhellt, dass in den Jahren 1880 und 1881 nur beim Bergwerksbau in Preussen über 1300 Unglücksfälle mit tödtlichem Ausgange (2,6% der beschäftigten Arbeiter) vorgekommen sind. Es existirt eine besondere Commission zur Untersuchung und Prüfung von Sicherheitsmaassregeln gegen schlagende Wetter. Neben all' den auf Hygieine, sociale Wohlfahrt (durch Arbeiterwohnungen, Vereine, hu-



manitäre Anstalten) und Rettungswesen für den Arbeiter Bezug nehmenden Einrichtungen der verschiedenen Industrien Deutschlands ist in sehr instructiver Weise Vieles ausgestellt, was den Betrieb selber angeht, beim Berg- und Hüttenwesen z. B. alle die verschiedenen Roh-, Rein- und Nebenproducte, ganze Obeliske von Kohlen und Erzen, Bergwerksstollen mit den Bohrinstrumenten, Anlagen von Bergwerken in Modellen, ja es ist sogar eine täuschende Nachbildung eines Steinkohlenbergwerkes in natürlicher Grösse mit gewöhnlicher und electrischer Beleuchtung, mit Schienengeleisen, Stollen, Arbeitern (in Wachsfiguren) bei den verschiedenen Beschäftigungsweisen und mit Rettungsapparaten bei anschaulich dargestellten Unglücksfällen im Freien eingemauert worden.

Wochenbericht.

Schweiz.

Genf. Curpfuscherei. Den Verhandlungen des Genfer correctionellen Gerichtes vom 27. September a. c. entnehmen wir, dass der Kräutersammler (herboriste) B. (der Name bleibt discret verschwiegen — damit das Publicum nicht handscheu wird!) vor seinen Schranken stund. Am 22. Juni fühlte sich Herr D. unwohl und consultirte B., welcher ihm einen Brechthee (tisane vomitive) von Jaborandi verschrieb. D. hatte den ganzen Tag gearbeitet und ass wie gewöhnlich um $^1/_2$7 Uhr zu Nacht; um $^1/_2$11 Uhr trank er den Thee, den ihm seine Haushälterin zubereitete; sofort begann er zu brechen und zwar so stark und so lang, dass er um 2 Uhr Morgens starb. B. wurde eingezogen und stund unter der Anklage der fahrlässigen Tödtung vor Gericht; sodann hatte er sich wegen unbefugter Ausübung der Heilkunde und des Apothekergewerbes zu verantworten. Die Verhandlungen waren sehr lange und drehten sich hauptsächlich um die Eigenschaften der Jaborandi, „nach den Einen ebenso mächtig wirkend und gefährlich, als sie nach den Anpreisungen (réclames) der Andern unschuldig ist". Der Vertheidiger des Angeklagten wusste natürlich diese Differenzen gehörig auszubeuten, so dass der Angeklagte mit 48 Stunden Polizeiarrest davon kam! Das Gericht hatte ihn nur der unerlaubten Ausübung der Heilkunde schuldig erfunden.

In der gleichen Sitzung wurde, wie wir aus dem uns zugesandten Zeitungsausschnitt ersehen, eine Frau zu vier Monaten Gefängniss verurtheilt, weil sie einen Brief eröffnete und die darin liegende Geldanweisung von 25 Fr. verwerthete. Der Brief wurde aus Versehen in ihren Briefschalter gelegt und trug nicht ihre Adresse. Die ungeschickte Frau! Vielleicht hatte sie Hunger oder war um den Miethzins betrieben. Gleichviel! Warum hat sie, um sich das nöthige Kleingeld zu verschaffen, nicht das Sanitätsgesetz übertreten und einem Nebenmenschen Jaborandi gegeben, die ganz unschädlich ist. Man bricht sich nur zu Tode daran oder stirbt am Collaps, aber das hat für den Verabfolger nichts zu bedeuten, — vorausgesetzt, dass er kein patentirter Arzt ist!

Impossibile est, satyram non scribere — aber bedauerlich sind solche Zustände doch.

Graubünden. Die **neuen Mineralquellen in Pontresina** und auf **Maloja** sind vorläufig noch das Geheimniss des geheimen Bauräthes Henoch aus Gotha. Dieser weilte letzten Sommer zur Cur in Pontresina. Nachdem die Luft sein krankes Nervensystem in wenigen Wochen wieder hergestellt hatte, fahndete er in schnödem Undank gegen das ihm so heilsame Element auf Mineralwasser. Er behauptet, in Pontresina eine Quelle entdeckt zu haben, die ebenso stark als die von St. Moritz nach Eisen schmecke. Bei seiner Abreise versprach er bald eine Analyse zu schicken, schrieb jedoch später, er könne sich einstweilen mit der Pontresiner Quelle nicht weiter befassen.

Henoch will nämlich auch auf Maloja ein Mineralwasser gefunden haben, das jedoch vorläufig mehr nach alttestamentlichem Gold zu schmecken scheint. Auch ist die Quelle der neuen Entdeckung schon jetzt getrübt, bevor man weiss, wo die neu entdeckte Quelle fliesst. Henoch behauptet nämlich, der Graf Renesse, der gegenwärtig auf Maloja vier Millionen Franken versteinert, habe ihn ersucht, daselbst eine Eisenquelle zu finden und ihm viel Geld dafür angeboten. Renesse hingegen sagt, Henoch habe sich zu genannter Entdeckung gegen eine hohe Summe anerboten und die Antwort erhalten, dass man für eine Mineralquelle gerne schwere Opfer bringe, aber erst, wenn das Wasser analysirt und gefasst und demjenigen von St. Moritz in Art und Menge ebenbürtig sei.



Aus welcher Quelle der Berliner Börsencourier so voreilig gespeist wurde, darf man nur still vermuthen. Für die nächste Zukunft wird also noch der eisenfeste Paracelsus zu St. Moritz der Jungfrauen Stärke und der Frauen Hoffnung bleiben. *J. M. L.*

Solothurn. Ueberosmiumsäure. Mit Genugthuung lese ich in Nr. 19, Bd. 1, 1883 der Zeitschrift „Fortschritte der Medicin", dass *O. Pfeilsticker* die auf der *v. Winiwarter*-schen Klinik in einem Falle mit Erfolg versuchte parenchymatöse Injection von Ueberosmiumsäure in 6 Fällen (4 Mal bei multiplen, parenchymatösen Lymphomen, 1 Mal bei malignem Lymphom, 1 Mal bei einem Sarcom am Thorax) auch ohne den geringsten Erfolg vorgenommen hat.

Meine Erfahrung beschränkt sich nur auf einen Fall und zwar bei einem grossen Lymphom unter dem l. Unterkiefer eines 20jährigen Mädchens. Das Resultat der Injectionen mit der vorgeschriebenen Lösung war von derartigen Resultaten, dass ich von weitern Versuchen bis dato zurückschreckte. Die Injectionen waren sehr schmerzhaft, ohne eine Verkleinerung des Tumores zu erzielen, dagegen wurde derselbe stellenweise weich und entleerte sich auf gemachte Incision eine schwärzliche Masse (wohl in Folge Zersetzung der Injectionsflüssigkeit) mit Hinterlassung einer sehr unschönen, strahligen Narbe. Seitdem ist der Tumor eher wieder gewachsen. *A. Marti.*

Ausland.

Deutschland. Bericht der vom deutschen Reich zur Erforschung der Choleraätiologie nach Egypten gesandten Commission. Dem vom Reg.-Rath Dr. *Koch* verfassten Berichte entnehmen wir folgende interessante Mittheilungen.

Alexandrien, den 17. September 1883.

„Da die Choleraepidemie beim Eintreffen der Commission in Egypten bereits im schnellen Abnehmen begriffen war, so liess sich von vornherein nicht erwarten, in diesem Lande das für den ganzen Umfang der Untersuchung erforderliche Material zu gewinnen. Da ausserdem die Zeit des Erlöschens einer Epidemie am wenigsten für die ätiologische Erforschung derselben geeignet ist, so ging der ursprüngliche Plan dahin, in Egypten die nöthigen Vorstudien zu machen, um diese, wenn die Epidemie sich nach Syrien ausbreiten würde, in solchen Orten, welche von der Cholera erst eben befallen wären und für die Untersuchung einen günstigen Boden geliefert hätten, zu verwerthen.

Der erste Theil dieses Planes hat sich bisher allen Wünschen entsprechend ausführen lassen; denn die Commission hat während ihres Aufenthaltes in Alexandrien noch hinlänglich Gelegenheit gefunden, das zum Vorstudium nothwendige Material zu sammeln. Dass dies gelungen ist, verdanke ich hauptsächlich mit dem Entgegenkommen der Aerzte des griechischen Hospitals, welche dadurch, dass sie Arbeitsräume und alle in's Hospital gelangenden Cholerakranken, sowie Choleraleichen zur Verfügung stellten, die Zwecke der Expedition in wirksamster Weise förderten.

Anfangs hatte sich die Commission in zwei zu ebener Erde und neben einander gelegenen hellen Zimmern des Hospitals eingerichtet. In dem einen Raum wurden die microscopischen Arbeiten, im zweiten die Culturversuche ausgeführt. Die Versuchsthiere waren in beiden untergebracht. Als aber die Zahl der Versuchsthiere zunahm und es auch zu gefährlich erschien, in denselben Räumen, in welchen man sich fast den ganzen Tag aufhalten musste, mit den Infectionsstoffen zu manipuliren, wurden die Versuchsthiere in einen vollständig abgetrennten Raum des alten Hospitals gebracht und dort die Infectionsversuche angestellt.

Das bisher zur Untersuchung gelangte Material stammt von 12 an Cholera Erkrankten und von 10 Choleraleichen. Von den Kranken wurden 9 im griechischen, 2 im deutschen und 1 im arabischen Hospital beobachtet. Die Krankheitssymptome entsprachen in allen Fällen in jeder Beziehung denjenigen der ächt asiatischen Cholera. Es wurden Proben vom Blut dieser Kranken, vom Erbrochenen und von den Dejectionen derselben entnommen und untersucht. Da sich sehr bald herausstellte, dass das Blut frei von Microorganismen und auch die erbrochenen Massen verhältnissmässig arm daran waren, aber die Dejectionen bedeutende Mengen von Microorganismen enthielten, so wurden vorwiegend diese zu Ansteckungsversuchen an Thieren benutzt.

Obwohl die Zahl der secirten Leichen nur gering ist, so hat es doch der Zufall so gefügt, dass dieselben ein für Orientirungszwecke höchst werthvolles Material bieten. Es



sind die verschiedenartigsten Nationalitäten darunter vertreten (3 Nubier, 2 Deutsch-Oesterreicher, 4 Griechen, 1 Türke), verschiedene Altersstufen (2 Kinder, 2 im Alter über 60 Jahre, die übrigen zwischen 25 und 30 Jahre alt) und Fälle von verschiedener Krankheitsdauer. Am wichtigsten ist jedoch, dass die Leichen meistens unmittelbar nach dem Tode oder doch wenige Stunden später secirt werden konnten. Die Veränderungen, welche in den Organen und ganz besonders frühzeitig im Darm durch die Fäulniss bedingt werden, und welche die microscopische Untersuchung dieser Organe im höchsten Grade erschweren und meistens ganz illusorisch machen, wurden unter diesen Verhältnissen mit Sicherheit ausgeschlossen. Ich möchte gerade auf diesen Umstand um so grösseres Gewicht legen, als es an andern Orten kaum zu ermöglichen sein wird, ein für die microscopische Untersuchung so geeignetes Material zu gewinnen.

Auch der Leichenbefund liess ebenso wie die Krankheitssymptome keinen Zweifel, dass es sich hier um die ächte Cholera handelt und nicht, wie von mehreren Seiten anfangs behauptet wurde, um choleraähnliche, sogenannte choleriforme oder choleroide Krankheiten.

Im Blute, sowie in den Organen, welche bei anderen Infectionskrankheiten gewöhnlich der Sitz der Microparasiten sind, nämlich in den Lungen, Milz, Nieren, Leber, konnten keine organisirten Infectionsstoffe nachgewiesen werden. Einige Male fanden sich in der Lunge Bacterien, welche jedoch, wie sich aus dem Verhalten ihrer Form und ihrer Lagerung ergab, mit dem eigentlichen Krankheitsprocess nichts zu thun hatten, sondern durch die Aspiration des erbrochenen Mageninhaltes in die Lunge gelangt waren.

Im Inhalte des Darmes kamen ebenso wie in den Dejectionen der Cholerakranken ausserordentlich viele und den verschiedensten Arten angehörige Microorganismen vor. Keine derselben trat in überwiegender Menge hervor.

Auch fehlten sonstige Anzeichen, welche auf eine Beziehung zum Krankheitsprocess hätten schliessen lassen können.

Dagegen ergab der Darm selbst ein sehr wichtiges Resultat. Es fanden sich nämlich mit Ausnahme eines Falles, welcher mehrere Wochen nach dem Ueberstehen der Cholera an einer Nachkrankheit tödtlich geendet hatte, in allen übrigen Fällen eine bestimmte Art von Bacterien in den Wandungen des Darms. Diese Bacterien sind stäbchenförmig und gehören also zu den Bacillen; sie kommen in Grösse und Gestalt den bei der Rotzkrankheit gefundenen Bacillen am nächsten. In denjenigen Fällen, in denen der Darm macroscopisch die geringsten Veränderungen zeigt, waren die Bacillen in die schlauchförmigen Drüsen der Darmschleimhaut eingedrungen und hatten daselbst, wie die Erweiterung des Lumens der Drüse und die Ansammlung von mehrkernigen Rundzellen im Innern der Drüse beweisen, einen erheblichen Reiz ausgeübt. Vielfach hatten sich die Bacillen auch hinter dem Epithel der Drüse einen Weg gebahnt und waren zwischen Epithel und Drüsenmembran hineingewuchert. Ausserdem hatten sich die Bacillen in reichlicher Menge an der Oberfläche der Darmzotten angesiedelt und waren oft in das Gewebe derselben eingedrungen. In den schweren mit blutiger Infiltration der Darmschleimhaut verlaufenen Fällen fanden sich die Bacillen in sehr grosser Anzahl, und sie beschränkten sich dann auch nicht allein auf die Invasion der schlauchförmigen Drüsen, sondern gingen in das umgebende Gewebe, in die tieferen Schichten der Schleimhaut und stellenweise sogar bis zur Muskelhaut des Darms. Auch die Darmzotten waren in solchen Fällen reichlich von Bacillen durchsetzt. Der Hauptsitz dieser Veränderungen befindet sich im untern Theil des Dünndarms. Wenn dieser Befund nicht an ganz frischen Leichen gewonnen wäre, dann hätte man ihn wenig oder gar nicht verwerthen können, weil der Einfluss der Fäulniss im Stande ist, ähnliche Bacterienvegetation im Darm zu veranlassen. Aus diesem Grunde hatte ich auch darauf, dass ich bereits vor einem Jahre im Choleradarm, welchen ich direct aus Indien erhalten hatte, dieselben Bacillen und in derselben Anordnung wie jetzt in den egyptischen Cholerafällen gefunden, keinen Werth legen können, weil immer an eine Complication mit postmortalen Fäulnissvorgängen gedacht werden musste. Jetzt gewinnt aber dieser frühere Befund, welcher im Darm von vier verschiedenen indischen Choleraleichen gemacht wurde, ausserordentlich an Werth, da sich nunmehr ein durch Fäulnisserscheinungen bedingter Irrthum sicher ausschliessen lässt.

Nicht unwichtig ist auch, dass durch die Uebereinstimmung in dem Verhalten des



Darms bei der indischen und der egyptischen Cholera ein weiterer Beweis für die Identität beider Krankheiten gewonnen wird.

Die Zahl der zur Untersuchung gelangten Choleraleichen ist allerdings gering. Da aber die Bacillen in allen frischen Choleraleichen angetroffen wurden, dagegen in dem einen nach Ablauf des Choleraprocesses untersuchten Falle und bei mehreren anderen an anderweitigen Krankheiten verstorbenen und vergleichsweise ebenfalls daraufhin untersuchten Fällen vermisst wurden, so kann kein Zweifel darüber sein, dass sie in irgend einer Beziehung zu dem Choleraprocesse stehen. Jedoch ist aus dem Zusammentreffen des letzteren mit dem Vorkommen von Bacillen in der Darmschleimhaut noch nicht zu schliessen, dass die Bacillen die Ursache der Cholera seien. Es könnte auch umgekehrt sein, und es liesse sich ebenso gut annehmen, dass der Choleraprocess derartige Zerstörungen in der Darmschleimhaut hervorruft, dass von den vielen im Darm beständig schmarotzenden Bacterien irgend einer bestimmten Bacillenart das Eindringen in die Gewebe der Darmschleimhaut ermöglicht wird. Welche von diesen beiden Annahmen die richtige ist, ob der Infectionsprocess oder ob die Bacterieninvasion das Primäre ist, das lässt sich nur dadurch entscheiden, dass man versucht, die Bacterien aus den erkrankten Geweben zu isoliren, sie in Reinculturen zu züchten und dann durch Infectionsversuche an Thieren die Krankheit zu reproduciren. Zu diesem Zwecke ist es vor Allem nothwendig, solche Thiere zur Verfügung zu haben, welche für den fraglichen Infectionsstoff empfänglich sind. Nun ist aber bisher trotz aller Bemühungen nicht in unanfechtbarer Weise gelungen, Thiere cholerakrank zu machen.

Man hat an Kaninchen, Meerschweinen, Hunden, Katzen, Affen, Schweinen, Ratten u. s. w. vielfach experimentirt, aber immer erfolglos. Die einzigen Angaben, welche in dieser Beziehung Beachtung verdienen, sind von *Thiersch* gemacht, welcher nach Verfütterung von Choleradarm-Inhalt eine Anzahl von Mäusen an Durchfall erkranken und sterben sah.

Dieser Versuch ist von zuverlässigen Experimentatoren, wie *Burdon Sanderson*, bestätigt, von Anderen allerdings auch bestritten worden. Immerhin war es, da das Auffinden einer für Cholera empfänglichen Thierspecies von der grössten Wichtigkeit ist, nothwendig, diese Versuche zu wiederholen. Zu diesem Zwecke wurden, weil es sehr unwahrscheinlich war, dass die erforderliche Anzahl Mäuse in Alexandrien bald zu beschaffen sein würde, schon von Berlin fünfzig Mäuse mitgeführt und mit diesen die Infectionsversuche sofort begonnen. Ausserdem wurden aber auch noch Affen, welche für einige menschliche Infectionskrankheiten, wie Pocken und Recurrens, die einzige empfängliche Thierspecies sind, gleichfalls für diese Versuche verwendet. Schliesslich wurden auch noch einige Hunde und Hühner zu inficiren versucht. Aber trotz aller Bemühungen sind diese Versuche bislang resultatlos geblieben. Es wurden die verschiedensten Proben von Erbrochenem, von Cholera-Dejection und von Darminhalt der Choleraleichen theils frisch, theils, nachdem sie längere Zeit im kalten oder warmen Raum gestanden hatten, theils getrocknet an die Thiere verfüttert, aber es traten niemals choleraartige Erscheinungen ein, die Thiere blieben im Gegentheil vollkommen gesund.

Es waren ferner von den im Darminhalt und in den Darmwandungen vorkommenden Bacillen Reinculturen gemacht und auch mit diesen sind Fütterungsversuche, zum Theil auch Impfungen ausgeführt. Einige dieser Reinculturen bewirkten septische Erkrankungen, wenn sie verimpft wurden, aber mit keiner konnte Cholera erzeugt werden.

Dass in den Dejectionen der Cholerakranken der Krankheitsstoff in wirksamer Form sehr oft enthalten sein muss, das ist durch vielfache Erfahrungen, namentlich durch das häufige Erkranken von Wäscherinnen, welche mit Dejectionen beschmutzte Cholerawäsche zu waschen hatten, bewiesen. Auch im griechischen Hospital ist in der jetzigen Epidemie ein solcher Fall vorgekommen, und eine Wäscherin, welche ausschliesslich die Cholerawäsche zu besorgen hatte, an Cholera erkrankt.

Es ist demnach wohl als sicher anzunehmen, dass in den zahlreichen zur Verwendung gekommenen Proben mindestens einige den Infectionsstoff enthalten haben. Wenn dennoch kein Resultat erzielt wurde, so kann es daran gelegen haben, dass die zu den Versuchen dienenden Thierarten für die Cholera überhaupt unempfänglich sind, oder dass noch nicht der richtige Modus der Infection gefunden wurde. Sowohl in der einen als wie in der andern Richtung sollen die Versuche fortgesetzt und modificirt werden, doch



ist wenig Aussicht vorhanden, dass auf diesem Wege mit dem jetzt zur Verfügung stehenden Material etwas erreicht wird.

Denn es ist nicht sehr wahrscheinlich, dass in jenen Umständen allein der Grund für das Misslingen der Infectionsversuche zu suchen ist. Es gibt noch eine dritte Erklärung, für deren Richtigkeit sehr Vieles spricht. In einem von der Cholera befallenen Orte hört bekanntlich die Krankheit auf, lange bevor alle Individuen durchseucht sind, und obwohl der Krankheitsstoff schliesslich in grosser Menge über den ganzen Ort ausgestreut ist, so erkranken doch immer weniger Menschen, und die Epidemie erlischt mitten unter vielen für die Ansteckung empfänglichen Individuen. Diese Erscheinung ist nur durch die Annahme erklärbar, dass gegen Ende der Epidemie der Infectionsstoff an Wirksamkeit einbüsst oder wenigstens unsicher in seiner Wirkung wird. Wenn nun aber selbst die Menschen gegen Ende der Epidemie auf den Cholera-Infectionsstoff nicht mehr reagiren, dann lässt sich nicht erwarten, dass dies bei Versuchsthieren der Fall sein soll, über deren Empfänglichkeit man noch nichts weiss. Für unsere Versuche standen uns nun aber nur solche Objecte zur Verfügung, welche am Ende der Epidemie gesammelt wurden und deren Unwirksamkeit mehr oder weniger vorausgesetzt werden musste. Es ist immerhin möglich, dass unter günstigen Verhältnissen, d. h. zu Anfang einer Epidemie, die Infection von Thieren gelingt und damit auch zu erfahren ist, ob die in der Darmschleimhaut von mir nachgewiesenen Bacillen die eigentliche Ursache der Cholera bilden.

So weit nun auch die von der Commission bisher erhaltenen Resultate von der vollständigen Lösung der Aufgabe noch entfernt sind, und so wenig sie zu einer practischen Verwerthung in der Bekämpfung der Cholera geeignet sind, so dürfen sie in Anbetracht der ungünstigen Verhältnisse und der kurzen Zeit der Untersuchung dennoch als günstige gelten.

Sie entsprechen vollkommen dem ursprünglichen Zwecke der Orientirung und gehen insofern noch darüber hinaus, als durch den constanten Befund von charakteristischen Microorganismen, der ersten Bedingung, welche bei der Erforschung einer Infectionskrankheit zu erfüllen ist, Genüge geleistet und damit der weiteren Forschung ein bestimmtes Ziel gesteckt ist.

Aus vorstehender Darlegung ist zu entnehmen, dass die Commission in der Lösung der ihr gestellten Aufgaben in Alexandrien nicht weiter zu gelangen vermag, als bisher geschehen ist."

Es folgt nun noch die Klarlegung der Gründe, warum die sofortige Fortführung der Untersuchungen in Indien für passend erachtet wird, ein Vorschlag, der bekanntlich die Genehmigung des Reichskanzleramtes gefunden hat.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. October 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Morbillen, Varicellen und Parotitis vereinzelte Anzeigen. — Scharlach 21 Erkrankungen, wovon 7 auf dem Nordwestplateau, 10 in Kleinbasel (15, 16, 17). — Diphtherie und Croup 14 Fälle, wovon 9 in Kleinbasel (5, 7, 6). — Typhus 7 Erkrankungen, wovon 6 in Kleinbasel (8, 6, 9). — Erysipelas 3 Fälle (2, 3, 3). — Pertussis und Puerperalfieber je 1 Anzeige.

Briefkasten.

Auf die Correspondenz aus Luzern: Die internationale Verbandstofffabrik ist wirklich international und hat Fabriken in der Schweiz, Deutschland und Frankreich.

Hülfscasse für Schweizer Aerzte: Auf verschiedene Anfragen: Beiträge sind immer willkommen; einen Endtermin gibt es nicht; auch ist vorausgehende Zeichnung unnöthig. Hauptsache bleibt:

5 6 9 4 3 8 2 7 1
Heidelberg!

Aerzte-Album: Mit freundlichem Danke erhalten die Photographie von College Dr. *Stadler* selig.

A. Baader.

Medicinalkalender: Herrn Dr. *Fankhauser*, Burgdorf und *Dan. Bernoulli*, Basel: Freundlichen Dank für die Mithülfe!

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 22. XIII. Jahrg. 1883. 15. November.

Original-Arbeiten.

Die schweizerische Medicin im Sommer 1883.

Eröffnungsrede von Dr. **Sonderegger**, gehalten in Olten den 27. October 1883.

Willkommen hier in Olten, verehrte Herren Collegen und liebe Freunde! willkommen diesmal im — Theatersaale! Der Genius unseres Vereins ist immerdar ein guter und liebt die Symbolik. Er hat uns der Reihe nach in den Hallen der Volksvertreter und der Geschworenen, in den academischen Festsälen und in den Schulhäusern versammelt und uns dabei als treue Eidgenossen begrüsst, uns an die bürgerlichen Pflichten unseres Berufes gemahnt, uns die Freude des Lernens und des wissenschaftlichen Strebens wieder nahe gelegt und uns dabei den Ausblick in eine reiche und erreichbare Zukunft eröffnet. Heute vereint uns das Schicksal, zu unserer Ueberraschung, im Theatersaale und sagt uns damit: „Alles Vergängliche ist nur ein Gleichniss", das einzelne Leben und Ringen, unsere Hoffnungen und Sorgen, unsere Siege und Niederlagen, sie sind nur einzelne Scenen im grossen Drama des Völkerlebens, in welchem der Allmächtige seine Gedanken niedergelegt hat. Was uns leidenschaftlich erregt, glücklich macht oder zermalmt, das ist für unsere Nachkommen einfach: „ein Schauspiel vergangener Zeiten."

Gestatten Sie mir, Tit., einige Bilder aus unserem schweizerischen ärztlichen Leben in raschem Laufe an Ihnen vorüberziehen zu lassen.

I. Wir sprechen selbstverständlich zuerst von der glänzenden, alle Geister beherrschenden Erscheinung der schweizerischen Landesausstellung. Wie die olympischen Spiele ein Wettkampf aller geistigen und materiellen Kräfte eines hochentwickelten Culturvolkes gewesen, so war auch unsere Ausstellung ein Bild des jetzigen, unendlich verschlungenen und vielgestaltigen Kampfes um das geistige und materielle Dasein, lehrreich durch Alles, was vorhanden war und ebenso lehrreich durch Vieles, was fehlte. Wir haben die Leistungen der Kunst bewundert, wir haben den riesigen Fleiss angestaunt, welcher dem todten Materiale



wissenschaftliche Gedanken eingetrieben und es belebt hat, dass es mit scheinbar selbstständigen Organen, oft wie ein beseeltes Wesen arbeitet; wir haben gesehen, wie weit ein fleissiges und intelligentes Volk die Naturkräfte beherrscht und verwerthet, wie es der strengen Erde und einem oft unfreundlichen Clima noch reiche Gaben abringt, ja wie es selbst seine Hausthiere durch Auswahl und Pflege dazu bringt, manche ursprüngliche Eigenschaften abzulegen und andere genau so zu entwickeln, wie der Mensch sie braucht und haben will. Wir haben einen Einblick gethan in das grossartige Werk der Erziehung und Lehre, welches von den ersten Schülerarbeiten bis zu den Leistungen des Universitätsprofessors das ganze Farbenspectrum des erleuchteten Menschengeistes darstellte. Auch haben wir neben den Werken des unerbittlichen Verstandes ebenso sehr die Thaten des freundlich weichen Menschenherzens, die Arbeiten zum Wohle der Kranken und Gebrechlichen, der Verwaisten und Verlassenen gesehen; ein Lorbeer und ein Palmzweig in der Hand des ewigen Richters! Wir haben an der Landesausstellung neben den Leistungen der Schule auch die Hülfsmittel gesehen, welche das Volk ihr gewährt; wir haben neben den Werken der Industrie, der Gewerbe und des Landbaues auch die modernen Verkehrsmittel und den ganzen technischen, rechtlichen, ökonomischen und politischen Hülfsapparat kennen gelernt, welcher dazu gehört — aber wir haben fast nichts gesehen, was für die Erhaltung und Pflege der Gesundheit und der Arbeitskraft der Menschen gethan worden wäre, von welchen doch schliesslich alle technischen Leistungen und alle ökonomischen Werthe abhangen. Wir haben sehr wenige Arbeiten der öffentlichen und der privaten Gesundheitspflege gesehen. Die Natur der allgemeinen Landesausstellung brachte es mit sich, dass die hygieinischen Gegenstände in 14 Gruppen zerstreut wurden und wir hätten lieber gar keine hygieinische Gruppe gehabt, wenn uns nicht Balneologie und Rettungswesen dazu genöthigt hätten und so galt es nur, den verlorenen Posten wenigstens zu vertheidigen. Das Rettungswesen, welches sich fast gänzlich auf Vorkehrungen beim Fabrikbetriebe und bei Feuerausbrüchen beschränkte, gehört nicht hieher und leider auch nicht die Balneologie unserer Zeit, welche mit wenigen Ausnahmen nur für die Hablichen und Reichen arbeitet und von allen den laut gepriesenen Segnungen des Wassers dem Armen und dem Dorfbewohner gar nichts oder jedenfalls viel weniger darbietet, als das finstere Mittelalter oder gar das classische Alterthum gethan.

„Si quadringentis sex septem millia desunt Plebs eris“ sagt Horatius. Wo in unserm Vaterlande nicht Flüsse und Seen zu einigen sommerlichen Bädern einladen, da kann der gemeine Mann im Schmutze verderben. Einzelne Industrielle machen in der Bäder- wie in der Wohnungs- und Verpflegungsfrage eine rühmliche Ausnahme und haben freiwillig Treffliches geleistet, wozu die berufenen Retter unserer 25 Vaterländchen weder Zeit noch Geld noch Willen gefunden. Wir suchen in der Ausstellung immer nach Hygieine. Die Einrichtungen für verwundete Soldaten, für Krumme, Lahme und Blinde, die Kasten voll Instrumente und Medicinen sind zwar durchweg vortrefflich und als Industrieproducte lobenswerth, aber sie gehören zur Krankenpflege und nicht zur Prophylaxis. Die Apparate für Untersuchung und Reinhaltung des Bodens und der Häuser waren spär-



lich vorhanden und nicht hervorragend. *Castella*'s Tableau über den Unterricht in der Hygieine zeigte nur allzu klar, dass dieser Begriff in der Schweiz überhaupt nicht eingebürgert ist und machte es erklärlich, warum manche schöne und grossartige Arbeiten über Wasserversorgung und Städtereinigung, über Schulhäuser und Spitäler, welche eben durch ihre hygieinische Bedeutung werthvoll sind, sich den Namen der Hygieine und ihre Ausstellungsgruppe nicht gefallen liessen. Sogar die grosse Sammlung trefflicher Schulbänke, hygieinische Errungenschaften, welche wir der Medicin und hochverdienten Aerzten verdanken, flüchteten sich in den äussersten Anbau, um der Hygieine sicher zu entrinnen.

Das Beste und eine Ehre für unser Vaterland war die Sammlung von Arbeiten über eidgenössische Bevölkerungsstatistik, ferner das eidgenössische Fabrikgesetz mit seinen Ausführungsbestimmungen und Berichten und dann das eidgenössische Viehseuchengesetz.

Ferner finden wir fünf Foliobände handschriftlicher Zusammenstellungen des eidgen. Departements des Innern über den öffentlichen Gesundheitsdienst in den Cantonen, und eine Sammlung der Sanitätsgesetze aller Cantone, ein detaillirtes Bild schweizerischer Rechtschaffenheit, Einsicht und — Zerfahrenheit, die vor lauter Schlauheit zu gar nichts kommt.

Wir finden *Burckhardt-Merian*'s trefflichen (in mehreren Exemplaren gestohlenen) Wegweiser für Kranke und eine sehr werthvolle Sammlung von Arbeiten über die öffentliche Gesundheitspflege der Stadt Bern und endlich eine 500 Bände und Bändchen starke Sammlung hygieinischer Literatur aus der Schweiz, bei welcher auch die Thaten unserer Vorfahren, deren Schriften die Stiftsbibliothek von St. Gallen und die Stadtbibliothek von Luzern zur Verfügung gestellt, uns sehr zu gute kamen. An Inhalt und Umfang hervorragend war die neuere hygieinische Literatur von Basel, Genf und Zürich; am schwächsten vertreten waren die Cantone Wallis und Bern.

In der Abtheilung für Lebensmittel fehlte das sociale Element, die Ernährung für Arme und für grosse Bevölkerungsmassen gänzlich, dagegen nahmen zahllose Schnäpse und Bitter die ganze grosse Stelle ein, welche sie leider auch im Volksleben behaupten und es hatte den Anschein, als ob vielerorts die edle Pharmacie in die traurigste Liqueurfabrikation ausarten möchte.

Tausende haben das ergreifende Relief von Vela, „die Opfer der Arbeit", den zerschmetterten Gotthardtunnelmann, mit Rührung betrachtet, ohne eine Ahnung, wie elendiglich jene Arbeiter von aller öffentlichen Gesundheitspflege verlassen und der schnödesten Ausbeutung preisgegeben waren.

Die ganze Gruppe der Hygieine war keine grosse Ehre für unser Volk und seine Behörden und seine Aerzte. Mögen wir nie vergessen, dass es zunächst an uns und nur an uns Aerzten liegt, diese brennende Frage immer wieder anzuregen und mit allen Mitteln der Arbeit, der Belehrung und der gesetzlichen Agitation ihrem Ziele näher zu bringen!

II. Das andere Bild der jüngstvergangenen Zeit ist das hohläugige Gespenst der Cholera. Unser Continent ist gnädig verschont geblieben und unser Vaterland hatte sich nicht weiter als um Vorläufiges zu bemühen. Beim ersten Schrecken

wurde im Nationalrathe der Bundesrath darüber interpellirt, was er im Ernstfalle zu thun beabsichtige. Die Antwort, dass er alle Bestimmungen des verworfenen Epidemiengesetzes durchzuführen gedenke, wurde mit Befriedigung aufgenommen und das eidg. Departement des Innern machte sich mit Eifer an die Aufgabe. Es berief zuerst eine kleine Conferenz, an welcher auch unser höchstgestellte Collega, Herr Bundesrath Dr. *Deucher*, Theil nahm und deren Ergebniss das bundesräthliche Kreisschreiben vom 9. Juli war, welches alle Cantonsregierungen zur Anordnung der Anzeige, zur eventuellen Einrichtung von Cholera-Asylen wie auch zur Vorbereitung der Desinfection aufforderte und Rechenschaft innert 14 Tagen verlangte. Ferner wählte der Bundesrath den 13. Juli eine eidgen. Fachmänner-Commission, bestehend aus Ihren Collegen: *Sonderegger*, *Zehnder*, *Girard*, *Lotz*, *Dufour*, *D'Espine*, *Hürlimann*, *Lorenz* und *Reali* und erhielt ich den Auftrag zu einer Flugschrift, in welcher die gegenwärtigen ärztlichen Ansichten und Räthe in möglichst kurzer Weise zusammengestellt wären, um sie dem Volke und seinen Behörden vorzulegen, nicht als Vorschrift, wohl aber mit der Zumuthung, in grundsätzlich gleichartiger Weise vorzugehen. Nach wenigen Tagen lag der erste Abdruck bereit. Die Herren *Dufour* in Lausanne und *Reali* in Lugano, welche ersucht worden, die kleine Abhandlung für ihre Sprachbezirke nach Gutfinden umzuarbeiten oder zu ersetzen, erwiesen derselben die grosse Ehre der Uebersetzung. Da noch keine Eile geboten war, circulirten ein erster, zweiter und dritter Abzug bei allen Mitgliedern der Commission und kehrten jeweilen mit werthvollen Bemerkungen und mit den persönlichen Unterschriften zum Redactor zurück. Die Aushingabe sollte erst dann stattfinden, wenn die Epidemie in einem unserer Nachbarstaaten aufgetreten wäre, damit nicht die allzu früh erhobene Stimme nutzlos verhalle. Nachdem nun die Gefahr vorüber, hat das Departement des Innern dieser Tage vom bereitliegenden Satze jeweilen eine kleine Anzahl von Abzügen machen und den Cantonsregierungen zustellen lassen, sowohl als Rechenschaftsablage, als auch um bei späterer Choleragefahr die dannzumaligen Sicherheitsorgane zu veranlassen, aus den Fehlern ihrer Vorgänger zu lernen. Da die Cholera-Invasion zunächst von Italien her befürchtet wurde, schickte mich das Departement des Innern den 4. August in's Tessin, wo ich mit Herrn Collega *Reali* die Frage zu studiren hatte, wo und wie cholerakranke Reisende zu besorgen wären? Selbstverständlich konnte von Quarantänen nie die Rede sein und ebenso selbstverständlich sind alle Vorkehrungen eventuell und unter Ratificationsvorbehalt getroffen worden. Die später aufgetauchte Zeitungsnachricht von Competenzüberschreitungen war nach allen Seiten irrthümlich. Diese ganze Kriegsbereitschaft erforderte Fr. 400 Entschädigungen in Chiasso, einige Druckkosten und die Reisespesen weniger Tage. Für mehrere Cantone und Städte genügte es, die schon vorhandenen Hülfsmittel eventuell für den Choleradienst zur Verfügung zu stellen.

Im Ganzen hat auch diese Zeit der vorläufigen Aufregung die alte Erfahrung bestätigt, dass in der öffentlichen Meinung bei drohender Gefahr nichts als genug und nachher alles als zu viel erfunden wird, und ebenso, dass Jedermann im Princip mit allem einverstanden ist, im Falle als es ihm aber im mindesten persönlich unbequem wird, es bitter bekämpft. Wir waren ganz in der Lage eines

Landes, welches im Angesichte des nahenden Feindes Waffen kauft, Recruten aushebt und eindrillt und seine Vertheidigung improvisirt. Die wenigen und allgemein anerkannten Grundsätze der Epidemienpolizei schweben in der Luft, aber haben keinen Boden im Volke, kein Verständniss und vor Allem keine Uebung. Die Desinfection vollends ist eine Puppe, mit welcher die Welt spielt, um sie schliesslich zu zerreissen und wegzuwerfen. Die Competenzen gegenüber 25 Cantonsregierungen und gegenüber unsern Eisenbahngesellschaften sind unklar und bestreitbar nach allen Seiten; kurz, wenn wir je das Unglück einer Choleraepidemie erleben sollten, so wird sie kommen, wüthen und wieder verschwinden, ehe und bevor unser Sicherheitsdienst ordentlich arbeitet.

Und die fundamentalste aller Fragen, die frühzeitige und rechtzeitige Assanirung des Bodens, der Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse, die Vermeidung und Verminderung des „siechhaften Bodens", wie *Pettenkofer* sagt, die Anbahnung der öffentlichen Gesundheitspflege, die Hinlenkung unserer Aufmerksamkeit auf die schlummernden Hülfsursachen aller Epidemien, das Alles ist uns nicht erlaubt und nicht möglich, ist als „gelehrter Unsinn der Aerzte" verpönt und vor das Forum der bittern Erfahrung gewiesen, welche wir morgen mit unserm eigenen Leib und Leben zu machen gedenken, wie sie andere Völker gestern gemacht. Die Welt raisonnirt gerne und viel, aber marschirt an der Kette des Verhängnisses und ist ungelehrig.

Eine Thatsache dürfen wir nicht mit Stillschweigen übergehen. Die Verein. Staaten Nordamerika's, ferner England, Deutschland, die Niederlande und Scandinavien, Frankreich, Italien und Oesterreich haben ausser ihren Provincialbehörden auch Centralstellen, welche sanitäre Fragen studiren, Vorkehrungen anregen, Schutzmittel vorbereiten und im Ernstfalle dieselben einheitlich und planmässig wirken lassen; wir Schweizer allein haben von allem dem nichts, gar nichts; wir haben ein Budget von Fr. 15,000 für den aristokratischen Sport der Jagd und des Hochwildes, aber keinen Rappen für die Gesundheitspflege des Volkes,[1]) und sind dabei noch naiv genug, uns für Democraten zu halten!

III. Es war mir sehr interessant, den 22. Juni als Gast dem deutschen Aerztetag beiwohnen zu können, wo gegen 200 Collegen, welche mehr als 6000 Stimmen vertraten, über die Grundzüge eines allgemeinen Epidemiengesetzes für Deutschland beriethen, weil sich auch dort die particularistischen Gesetze als unzulänglich erwiesen, obschon diese doch für Bayern oder Sachsen etwas mehr Sinn und Berechtigung haben, als unsere Seuchenpolizei für St. Gallen oder Uri. Niemand vertheidigte die Verzettelung, Alle wünschten mehr einheitliche und gleichmässige Epidemienpolizei. Die Verhandlungen waren denjenigen in unsern Vereinssitzungen so ähnlich, dass ich oft nur die Namen und den Klang der Rede anders fand und mich tröstete, dass wir Schweizer Aerzte doch nicht isolirt gewesen sind, sondern Fühlung mit der grossen Welt gehabt haben.

Beim Festbankette hatte ich die Ehre, durch den Vorsitzenden, Dr. *Graf* aus Elberfeld, einen äusserst freundlichen Gruss der deutschen Aerzte an ihre schweizerischen Collegen zu empfangen und denselben in Ihrem Namen zu erwidern.

[1]) Die Fr. 5000 für „Gesundheitswesen" im Budget 1883 betreffen Veterinaria.



IV. Als unbedingt freundliche und ehrenvolle Thatsache begrüssen wir die Hülfscasse für Schweizer Aerzte, welche den Abgrund unserer tausendfachen Erwägungen und Probabilitäten durch eine kühne That vorläufig überbrückt und unter Collega *Baader*'s sicherer Führung ihre Laufbahn begonnen hat. Sie will nicht mehr noch minder sein als ein warmer treuer Freundesgruss, welchen Gesunde den Kranken, Glückliche den Verunglückten als selbstverständlich und ohne viele Erörterung darbieten. Wir haben bei unserm ersten jährlichen Aufrufe die Summe von Fr. 6900 erhalten und allen Grund, für lange Jahre noch auf mehr zu hoffen.

Wir schätzen gewöhnlich das Geld zu hoch — und denken zu gering von demselben. Es ist ja unsere gebundene Spannkraft, welche wir für leidende Collegen in lebendige Kraft umsetzen können; es ist comprimirte Arbeit und lässt sich, sowie es flüssig gemacht wird, wieder in Arbeit verwandeln; es ist krystallisirtes Menschenleben und der ehrlichste Repräsentant des menschlichen Egoismus. Wehe der Liebe oder der Freundschaft oder der Collegialität, welche nur so weit geht als es nichts, gar nichts kostet und beim Kreuzweg des Geldbeutels abschwenkt; sie ist gerichtet. Das Scherflein des Armen wie das Goldstück des Begüterten ist ein moralisches Bekenntniss und diese Hülfscasse wird eine *eherne* Klammer werden, welche unsere Herzen verbindet und unsere Vereinigung stark macht!

V. Ein ferneres, für unsern Beruf hochwichtiges Ereigniss ist der Rücktritt des Herrn Collega Dr. *Fritz Müller* von dem eidgen. Ausschuss für Prüfung und Patentirung der Medicinalpersonen. Die Aerzte-Commission hat es für ihre selbstverständliche Pflicht erachtet, dem Scheidenden ihren Dank und ihre Hochachtung auszusprechen und weiss, dass sie es im Sinne aller schweizerischen Aerzte gethan hat. Wir verdanken seiner ebenso klugen wie charaktervollen Arbeit den einzigen Erfolg, welchen wir bei unserm Volke und bei seinen Behörden überhaupt errungen haben: die Sicherung einer soliden Vorbildung und gründlicher theoretischer wie practischer Studien für Aerzte. Er hat mit starkem und warmem Herzen die Menschenverachtung zurückgewiesen, welche im Namen der persönlichen Freiheit jeden Lumpen „auf das Publicum loslassen“ will und zufrieden ist, wenn nur eine kleine Gruppe Reicher und Gebildeter ihre tüchtigen Aerzte findet; er hat mit dem Studium auch die Moral des ärztlichen Berufes gefördert. Ohne den Compass einer wissenschaftlichen Bildung wird auch der beste Mensch ein Schwindler am Krankenbette. Die Wissenschaft ist das unsichtbare Fundament der Medicin und wir danken dem Meister, der, zum Wohle des Vaterlandes, so tüchtig daran gearbeitet hat.

VI. Die Aufgaben, welche die schweiz. Aerzte-Commission bisher behandelt und für Ihre Versammlungen vorbereitet hat, waren, ausser den laufenden Vereinsgeschäften, wesentlich folgende:

Vorarbeiten zur eidg. Mortalitätsstatistik und zur Registrirung der Todesursachen;

Vorarbeiten zum eidg. Fabrikgesetze;

Mitarbeit bei der Berathung über die eidg. Befähigungsausweise für Aerzte, Thierärzte und Apotheker, insbesondere mit Rücksicht auf die Maturitätsfrage;



Mitarbeit bei Feststellung der medicamentösen Maximaldosen;

Statistik des schweizerischen Aerzte-Personales;

Zuschrift an die Hochschulen, betreffend den Unterricht in der Hygieine und Errichtung von Collegien und Laboratorien;

Vorarbeiten für das Gesetz über Geheimmittel;

Vorarbeiten für das Gesetz über Epidemienpolizei, insbesondere auch über Vaccination;

Mitarbeit an *Burckhardt-Merian*'s „Wegweiser für hülfesuchende Kranke in der Schweiz“;

Betheiligung an der Landesausstellung, Gruppe: Hygieine;

Arbeiten über die Alcoholfrage;

Einrichtung der Hülfscasse für Schweizer Aerzte;

Betheiligung bei der Haller-Feier;

Adressen an: *Virchow*, an Oberfeldarzt *Schnyder* und an Präsident *Friedr. Müller*.

Die angenehmste und zugleich erfolgreichste Arbeit bestand darin, die alte chinesische Mauer zu beschädigen, welche die deutschen und die romanischen Schweizerärzte getrennt hatte, die gegenseitigen freundschaftlichen und collegialen Beziehungen zu vermehren und zu kräftigen und besonders für alle wichtigen öffentlichen Berufsfragen das einträchtige Zusammenwirken zu sichern.

Die grossen socialen Aufgaben der schweiz. Aerzte-Commission sind dessen ungeachtet noch alle ungelöst und werden dadurch schwerer, dass jede Arbeit und jede Forderung sich nicht nur vor den Behörden, sondern vor dem ganzen Volke zu rechtfertigen hat und weil das Volk, nicht blos in der Schweiz! an die Medicin Anforderungen stellt, welche man sonst an gar keinen Beruf macht. Sie soll allgemein verständlich und auch unfehlbar sein, sie soll jeden Einzelnen von seinen angeborenen und seinen erworbenen Gebrechen kurz und billig absolviren und für ihn besondere und ausnahmsweise Naturgesetze bereit halten. Der Unheilbare schickt zwar nicht, wie der Kaiser von China, seinem Arzte die seidene Schnur; aber unbedingt schickt er sie der Medicin.

Ein guter Theil unserer Tagespresse, leider auch der Volkskalender, zieht reiche Nahrung aus der wilden Medicin, mit ihren endlosen Reclamen und vertheidigt sie tapfer; der Grosstheil des Volkes aber ist mit Arbeit und Sorge und mit immer neuen „brennenden Fragen“ so vollauf beschäftigt, dass er in diesem schwierigen und verwickelten Gebiete gar nie zur Orientirung kommt. Wer wäre einfältig genug, einem intelligenten Volke Vorwürfe zu machen, wenn es einmal eine schiefe Ansicht über Medicin hat oder wenn es unter der Gewalt täglich wiederkehrender Phrasen einmal unterliegt! Wir wissen ja, der wissenschaftliche Werth des Arztes ist für seine Clienten unbedingt uncontrolirbar; seine technischen Leistungen werden meistens anerkannt und ebenso oft bewundert als beschimpft; der moralische Werth des Arztes aber wird schliesslich immer erkannt — und verdankt. Der Mensch muss den Arzt zur Geltung bringen.

Noch ist uns Aerzten dieser moralische Boden im Volke nicht bestritten oder entzogen worden; wir können die Kranken lieben und die Gesunden achten, aber wir müssen sie, auch in socialer Beziehung, individuell behandeln. Dazu gehört



vor Allem, dass wir nicht die Gefahr laufen, öffentliche Fragen als unsere Privatliebhabereien erscheinen zu lassen.

Tit.! Wir vielbeschäftigten und ernsthaften Männer versammeln uns wahrlich nicht, um $1\frac{1}{2}$ Stunden mit einander zu peculiren; auch sind wir keine contemplative Gesellschaft, die in selbstbewusster Zurückgezogenheit wissenschaftliche Fragen studirt, sondern wir sind vor Allem Bürger, wir möchten gemeinnützig sein und die Schätze der modernen Naturwissenschaft wenigstens in kleiner Münze in den täglichen Verkehr bringen. Wenn Ihre schweizerische Aerzte-Commission ausser der wissenschaftlichen auch die sociale Aufgabe unseres Vereins mit Erfolg betreiben soll, muss sie nicht nur bei ihren Collegen und Mandataren, sondern auch bei den Behörden und dem ganzen Volke verstanden und wohl empfohlen sein. Dieses Glückes nun kann sich Ihre jetzige Aerzte-Commission nicht mehr rühmen. Wir haben gekämpft, so gut wir konnten, aber wir sind unterlegen: im Rathssaale vor der Jobsiade, im Volke vor einem gegenseitigen Missverständnisse, welches wir nicht aufzuhellen vermochten.

Darum legt die Aerzte-Commission heute ihr Amt wieder in die Hände ihrer Wähler zurück, mit warmem herzlichem Danke für das Vertrauen, welches sie durch ein volles Jahrzehnt bei Ihnen, Tit.! gefunden und mit der festen Zuversicht, dass es neuen Kräften und andern Männern gelingen werde, unsere gemeinsame Gewissenssache, das sanitäre Volkswohl, einen Schritt weiter zu bringen.

Der Zukunft sei unsere Hoffnung geweiht, der Gegenwart unsere Tapferkeit, der Vergangenheit unsere Resignation!

Grundsätze zur Behandlung des Eczem's.

Von Prof. Dr. **Rud. Massini** in Basel [1])

Hochgeehrte Herren! Wenn es sich darum handelt, aus dem reichen Materiale, das dem Polikliniker zu Gebote steht, ein Thema herauszugreifen und den Collegen vorzuführen, so zeigen sich Schwierigkeiten, welche gerade in der Natur des poliklinischen Materiales liegen und welche darin gipfeln, dass wir zwar eine ungemein grosse Zahl von E i n z e l n beobachtungen zur Verfügung haben, dass uns dagegen sehr wenige Beobachtungs r e i h e n zu Gebote stehen und wenn ich mir nun erlaube, Ihnen heute die Grundsätze darzulegen, nach denen ich die verschiedenen Arten von Eczem behandle, so kann ich diese zwar mit zahlreichen Einzelbeispielen leicht belegen, es dürfte mir aber schwer werden, eine geordnete Statistik zur Begründung derselben beizubringen.

Es lässt sich bei einer Besprechung unseres Thema's nicht vermeiden, eine Menge von Ihnen wohlbekannten Thatsachen zu berühren, und ich bitte Sie daher zum voraus um Entschuldigung, andererseits werden vielleicht auch meine Anschauungen mit denjenigen der Mehrzahl meiner Collegen nicht übereinstimmen, es wird dies eine um so willkommenere Anregung zur Discussion sein.

Wenn von Behandlung des Eczems die Rede sein soll, so erhellt vor Allem, dass wir es hier mit einem ausserordentlich vielgestaltigen Feinde zu thun haben

[1]) Vortrag, gehalten in der medic. Gesellschaft von Basel.

und wir dürfen wohl sagen, dass vielleicht kaum eine Krankheit des menschlichen Körpers so viele Rücksichtnahme auf Aetiologie, Constitution, Form und Stadium der Affection verlangt, als gerade die Hautausschläge, die wir als Eczem bezeichnen und die sich charakterisiren als mehr oder weniger superficielle acute, subacute oder chronische Hautentzündungen, ohne parasitären oder infectiösen Charakter, meist mehr oder weniger diffus, immerhin an oft sehr markirten Prædilectionsstellen auftretend und am meisten den Catarrhen der Schleimhäute vergleichbar; wie diese nicht zu Substanzverlusten, zu Ulcerationen führend, also auch nicht mit Narbenbildung heilend, wenn wir gleich an besonders ungünstig ernährten Körperpartien, z. B. den Unterschenkeln Eczeme den Ausgang bilden sehen zu ausgedehnten Geschwürsbildungen, wenn gleich auch ein an sich unschuldiges impetiginöses Eczem, wenn es durch Kratzen misshandelt wird, selbst im Gesicht bleibende Narben zurücklassen kann.

Je nach den ätiologischen Momenten sehen wir denn diese Art des Ausschlags oft in sehr variabler Form auftreten, bald als Erythem mit mehr oder weniger starker Abschilferung von Epidermis, bald als meist heftig juckende, mehr oder weniger dicht gruppirte Stippen, bald als nässende, heftig brennende und juckende Hautflächen, bald als confluirende Gruppen zerplatzter Bläschen und Pustelchen (Impetigo), oft in ausgedehnten, meist mit zahlreichen trockenen Schuppen bedeckten Infiltrationen, der Ichthyosis sich nähernd, oft wieder fast nur als etwas rauhere Hautpartien sich darstellend, dazu complicirt mit Acne- und Furunkeleruptionen, mit Rhagaden, letztere besonders an Nase, Lippen, Ohren und Händen u. s. f.

In ätiologischer Beziehung müssen wir unterscheiden zwischen constitutioneller Disposition und zwischen den localen und accidentellen Ursachen der Eczeme, dabei aber nicht vergessen, dass die gleiche Gelegenheitsursache bei einem zu Eczem disponirten Individuum ganz andere Formen und Folgen hervorruft, als bei nicht oder weniger Disponirten.

Unter den constitutionellen Dispositionen nimmt eine erste Stelle ein die Hautfarbe; wir sehen ganz allgemein blonde und rothhaarige Individuen mit weisser Haut viel geneigter zu Eczemen als dunkelhaarige pigmentreiche; und wo eine Schädlichkeit oder ein Reiz die Haut trifft, wird die Krankheit bei erstern in heftigerer Form sich markiren als bei letztern. Es legt uns dies die Verpflichtung auf, bei Application von Hautreizen auf die Hautfarbe etwelche Rücksicht zu nehmen und weit vorsichtiger zu sein in der Anwendung von Ung. ciner., von Arnica, von Ol. crotonis u. s. w., bei pigmentarmen als bei brunetten Personen. Während wir bei wenig disponirten Individuen Ung. ciner. unverdünnt mehrere Tage hinter einander an dieselbe Stelle einreiben lassen können, sehen wir bei andern selbst bei auf die Hälfte oder auf $^1/_4$ verdünnter Quecksilbersalbe nach einer einzigen Einreibung oft weit über die Applicationsstelle ausgedehnte Erytheme und Eczeme, Fälle, deren gewiss jeder von Ihnen aus seiner Praxis sich erinnert. Daher ergibt sich für uns die Lehre, nicht nur prophylactisch bei solchen Individuen vorsichtig mit Hautreizen zu sein, sondern auch bei bestehender Hautaffection therapeutisch stets die mildesten, am wenigsten reizenden Mittel zu verwenden; ferner aber werden wir bei dergleichen Kranken leichter als sonst uns



veranlasst finden, gleichzeitig mit der localen Therapie bei acuten Eczemen derivativ auf den Darm zu wirken, bei chronischen Eczemen dagegen den Gebrauch von Roborantien speciell von Eisen resp. von Ol. jecoris, wie auch von Arsen nicht zu unterlassen.

Wie wichtig die Scrophulose als prædisponirendes Element für Eczem ist, brauche ich wohl kaum des nähern zu erörtern und dass wir in solchen Fällen mit aller Energie und in erster Linie der Hauptkrankheit werden beizukommen suchen, sollen wir auf irgend einen bleibenden Erfolg bei Eczembehandlung rechnen dürfen, versteht sich von selbst. Es wird hier namentlich in der Kinderpraxis wohl stets das Ol. jecoris für die Wintermonate und das Jodeisen für die übrige Jahreszeit in erster Linie eine grosse Rolle spielen; bei bemittelten Kranken kommen hinzu Landaufenthalte, die Aufenthalte an der Seeküste, besonders an Küstenorten mit mildem Klima; wohl auch, wenngleich mit grosser Vorsicht, Meersalz-, Sool- und Seebäder, diese jedoch unter allen Umständen mehr in den eruptionsfreien Perioden; sodann Curen in Kreuznach, Krankenheil, Saxon und andern jodhaltigen Badeorten.

Eine Frage von grosser Wichtigkeit ist die von der Indication der Schwefelbäder und ich trete gerne auf dieselbe etwas näher ein, obgleich ich weiss, dass ich damit auf ernstlichen Widerspruch stossen werde. Entgegen der vielverbreiteten Ansicht, dass Schwefelbäder und Schwefelpräparate bei Flechten aller Art besonders günstig wirken, zeigt uns die Erfahrung, dass gerade die Form der als Flechten bezeichneten Hautkrankheiten, die wir als Eczem specificiren, in sehr vielen Fällen durch Schwefel nicht nur nicht gebessert, sondern ganz erheblich verschlimmert wird.

Ein eclatantes Beispiel dieser Art sah ich vor einigen Monaten.

Frau H., 32 Jahre alt, aus H., litt seit längerer Zeit an Eczema siccum beider Hände, nach diversen localen Applicationen wurde sie nach Schinznach geschickt und daselbst mit dem dortigen Thermalwasser behandelt. Das Eczem fing sofort an sich zu verbreiten, und unter fürchterlichem Jucken und völliger Schlaflosigkeit, welche die Kranke beinahe ausser sich brachten, entstand ein Eczema universale mit diffuser Röthung der ganzen Haut und reichlicher Abschilferung; an den Gelenkbeugen intertrigoartig nässend, heftig brennend.

Am 31. Juli 1882 sah ich die Kranke und gab ihr Carbolpillen mit Aloë (Acid. carbol. 8,0; Extr. aloës 2,0; Boli albæ q. s. ad pilul. 120), 3 × 2 Pillen und Ung. Hebræ.

Am 2. August entschiedene Besserung. Therapie: Ung Hebræ 100,0, Ol. rusc. 10,0.

Am 5. August erhebliche Besserung. Pat. kehrte nach Hause zurück.

Am 21. October sah ich die Kranke wieder; damals war das Eczem nur noch spurweise vorhanden, doch stets Neigung zu Jucken. Ausserdem litt Pat. an Beengung, Schwindelanfällen und ich verordnete dann Pil. asiaticæ.

Als absolute Contraindication gegen Schwefelbäder erachte ich alle Eczeme, welche leicht exacerbiren, und rechne hiezu die meisten nässenden Eczeme, auch Impetigo, sowie fast alle traumatischen Eczeme (Eczemata ab irritamentis externis); zweckmässig dagegen erscheinen Schwefelbäder ganz besonders bei scrophulösen Kindern und Erwachsenen, welche an trockenen, wenig schuppenden Hautcatarrhen leiden, namentlich wenn solche sich combiniren, wie das häufig geschieht, mit Schleimhautcatarrhen, mit Conjunctivitis, Laryngitis und Pha-



ringitis, mit chronischen Bronchialcatarrhen. Entschieden günstig auch wirken oft Schwefelbäder gegen Eczeme, bei denen der Knötchencharakter vorwiegt, besonders solche, die mit Acne und Furunkulose sich combiniren, sowie bei jenen sehr chronischen Formen, welche in ihrer Erscheinung an Pruritis und Prurigo sich nähern.

Auch ohne eigentlich scrophulöse Constitution sehen wir nicht selten Eczeme als hereditäre Krankheit durch Familien von Eltern zu Kindern und Grosskindern sich durchziehen und werden auch in diesen Fällen theils die bei scrophulösen Eczemen empfohlenen Hülfsmittel anwenden, theils und namentlich vom Arsen einen ausgedehnten und auf lange Zeit fortgesetzten Gebrauch machen.

Mit Vorliebe verwende ich hier nach *Hebra*'scher Vorschrift die asiatischen Pillen. (Acid. arsenicosi 1,0; Piperis nigri 9,0; Gi. tragac. q. s. ut fiant pil. 200) Mittags und Abends eine Pille je nach dem Essen. Dieselben werden im Ganzen meist gut ertragen und haben vor den Tropfen, wie Liq. Kali arsenicosi Fowleri (1 : 100) und Liq. natr. arsenicici Pearson (2 : 1000), den Vortheil, dass Dosenüberschreitungen viel eher vermieden werden, als bei letztern, wo Intoxicationen nicht sehr selten sind, weil die Patienten von den wenig markirt schmeckenden Tropfen gerne mehr einnehmen, als der Arzt verordnet hat.

Es empfiehlt sich nicht immer, dem Patienten mitzutheilen, dass man ihm Arsen zu geben beabsichtige, weil ängstliche Kranke oft dadurch vom Gebrauch des Mittels abgehalten werden; wo wir aber dieses nicht zu fürchten haben, sind die Granules d'arséniate de soude à 1 milligramme sehr bequem, weil sie eine Steigerung der Dosis leicht zulassen und sehr gut zu nehmen sind.

Für die Kinderpraxis bin ich mit Arsen sehr vorsichtig und ziehe hier, wie auch in Fällen, wo Erwachsene eines der obigen Mittel nicht ertragen, die arsenhaltigen Mineralwässer, wie Eau de Bourboule (source Perrière) oder Eau de Court St. Esprit (esslöffelweise je zum Essen) vor. Neuerdings wird in dieser Beziehung auch das Wasser von Levico besonders empfohlen, doch habe ich darüber keine eigene Erfahrung.

Eine Constitutionsanomalie, welche gewissermaassen auch zu Eczemen besonders der vom Herzen weit entfernten und dadurch zu Circulationsstörungen geneigten Körpertheile disponirt, ist die Chlorose und in ähnlicher Weise auch die Anæmie, und wir werden bei Wintereczemen an den Händen junger Dienstmädchen, bei Eczemen an den Unterschenkeln geschwächter Frauen, bei denen noch ausgedehnte Varicen die Circulation erschweren, am raschesten Besserung des Zustandes durch energische Eisentherapie erzielen.

(Schluss folgt.)

Vereinsberichte.

XXVII. Versammlung des ärztlichen Centralvereins.

Samstag den 27. October 1883 in Olten.

Präsident: Dr. *Sonderegger*, Schriftführer ad hoc: Dr. *Zimmerlin* (Ober-Entfelden).

Der Einladung zum Tage in Olten, welchem dieses Mal, im Besondern auch der Neuwahl des ständigen Ausschusses wegen, erhöhte Bedeutung — nicht ohne

schmerzliche Beimischung — zukam, folgte eine ansehnliche Zahl der Lehrer unserer Hochschulen und der Aerzte unseres Landes. In viele Gruppen getheilt, in denen Gruss und Gegengruss beim Wiedersehen freudig wechselten, bewegte sich um Mittag ein langer Zug vom Bahnhof her hinüber in die Stadt zum Theatersaale.

Hier wurden um 12 Uhr die Verhandlungen durch den Präsidenten, Herrn Dr. *Sonderegger*, eröffnet.

Anwesend waren laut den zur Inscription herum gebotenen Listen 91 Theilnehmer, nämlich aus Bern 22, Aargau 15, Baselstadt 13, Luzern 12, Solothurn 8, Zürich 8, Baselland 6, aus Freiburg, St. Gallen, Graubünden, Neuenburg, Schwyz, Thurgau und Zug je 1.

Programmgemäss nahmen die Verhandlungen ihren Verlauf:

1. Bericht des Präsidenten Dr. *Sonderegger* (s. Spitze dieser Nummer).

2. Neuwahl des ständigen Ausschusses des Central-Vereins.

I. Scrutinium. Zahl der abgegebenen Stimmzeddel 83. Der bisherige Ausschuss wurde in seinem früheren Bestande wieder gewählt:

1) *Sonderegger* als Präsident mit 81 Stimmen, 2) *Burckhardt-Merian* mit 77, 3) *Steiger* mit 73, 4) *Zehnder* mit 70, 5) *Kummer* mit 66 Stimmen.

Zur allgemeinen Freude und Beruhigung theilt hierauf Dr. *Sonderegger* mit, dass er sich durch die dringenden Bitten vieler Collegen habe bewegen lassen, die ehrenvolle Wahl noch für ein ferneres Triennium anzunehmen, er thue das aber nur in der Voraussicht, dass der Schriftführer gleichfalls seine Demission zurückziehe. Prof. *Burckhardt-Merian* theilt sodann die Gründe mit, die ihn bewogen haben, eine eventuelle Wiederwahl nicht anzunehmen. Er sei neben seiner Praxis durch seine Stellung an der Universität und an der Redaction des Corresp.-Blattes so sehr in Anspruch genommen, dass er nunmehr darnach trachten müsse, freie Zeit zu erübrigen, um dann auch mehr literarisch auf seinem Specialgebiet arbeiten zu können. Da nun aber Dr. *Sonderegger* glaube, sein Verbleiben an der Spitze des Central-Vereins von der ferneren Mitarbeit des bisherigen Schriftführers abhängig machen zu sollen, so wolle er, durch diese Verhältnisse bewogen, für diesmal seine Bedenken zurücktreten lassen und die Wahl annehmen, in der bestimmten Erwartung, dass der Central-Verein in 3 Jahren sodann seinem Austritt aus der Aerzte-Commission keine Schwierigkeiten in den Weg legen werde.

Die Herren DDr *Steiger*, *Zehnder* und *Kummer* verdanken bestens die Wiederwahl, lehnen dieselbe auf das Bestimmteste ab und scheiden aus ihrem bisherigen Wirkungskreise, begleitet von dem Danke und der vollen Anerkennung der Mitglieder des ärztlichen Central-Vereins.

Es waren somit 3 neue Mitglieder in den ständigen Ausschuss zu wählen.

Das II. Scrutinium blieb ohne Resultat. Zahl der abgegebenen Stimmzeddel 74; absolutes Mehr 38 Stimmen.

Am meisten Stimmen erhielten: *Hürlimann* (Unterägeri) 35, *Sigg* (Andelfingen) 33, Prof. *Kocher* (Bern) 29, *Dubois* (Bern) 24, *Lotz* (Basel) 19, *Fetscherin* (St. Urban) 16, *Bruggisser* (Wohlen) 13 etc. etc.

Im III. Scrutinium wurden 73 Stimmzeddel abgegeben; das absolute Mehr betrug 37.

Gewählt wurden: Prof. Dr. *Kocher* (Bern) mit 50 Stimmen, Dr. *Hürlimann* (Unterägeri) mit 50 Stimmen, Dr. *Sigg* (Andelfingen) mit 49 Stimmen.

Ausserdem erhielten Stimmen: *Dubois* 22, *Lotz* 19, *Bruggisser* 7, *Fetscherin* 5, *v. Wyss* 4, *Schaufelbühl* 3 etc. etc.

Die anwesenden Gewählten (Prof. *Kocher* und Dr. *Hürlimann*) erklärten die Annahme ihrer Wahl.

(Fortsetzung folgt.)

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

2. Sommersitzung, 14. Juli 1883 im Cantonsspital.[1])

Präsident: Prof. *Krönlein*, Actuar: Dr. *Lüning*.

Klinische Demonstrationen von Herrn Prof. *Huguenin*.

1. Fall von absteigender longitudinaler Seitenstrang-Sclerose (Tabes dorsalis spastica nach *Charcot*). Die Aetiologie dieser Affection wird in neuester Zeit als traumatische aufgefasst, wie auch im vorliegenden Falle sich der Ausgang von einem schweren Trauma nachweisen lässt. Pat. fiel vor 10 Jahren auf den Rücken und konnte mehrere Stunden lang alle 4 Extremitäten nicht mehr bewegen; nachher traten sensible Reizerscheinungen, später Schwäche und eisiges Gürtelgefühl ein. Nach einer anfänglichen Besserung durch Electricität entwickelte sich später Formication, zunehmende Steifigkeit in den Beinen bei motorischen Reizungserscheinungen und langsam eintretende Paraparese. Pat. geht mit den Fussspitzen im Bogen schleifend; während des Gehactes constatirt man bretthharte Spannung der betheiligten Muskeln. In den Armen keine wesentliche Schwäche. Starker Sehnenreflex am lig. patellæ, jedoch fehlendes Fussphänomen. An den Armen sehr starke Vermehrung der Sehnenreflexe; von der Haut aus erfolgen schwache oder gar keine Reflexe. Keine sensibeln Störungen, keine Entartungsreaction.

Der Vortragende bespricht sodann die Localisation des Processes in den absteigenden Pyramidenbahnen und hält die Affection mit *Erb* für eine anfänglich entzündliche Degeneration der psychomotorischen Fasern mit totaler Vernichtung der Reflexhemmer für die Sehnen. Er macht auf ähnliche halbseitige Zustände bei alten Hemiplegikern und bei einem Falle von Pons-Tumor aufmerksam.

2. 13jähriger Knabe mit Kleinhirntumor. Früher gesund, leidet derselbe seit einem Jahr an häufigem Kopfweh, das seit 7 Wochen intensiv, anfallsweise, mit Schwindelgefühl auftritt. Bald gesellte sich dazu auch Erbrechen, ferner linkseitige leichte Schwäche und verminderte Sensibilität. Trigeminus normal, Intelligenz intact, niemals Convulsionen. Im linken Facialis und Hypoglossus zeigt sich Abschwächung der Function in wechselnder Stärke, ebenso leichte doppelseitige Abducens-Parese; später Zwangsstellung der bulbi nach rechts (*Prévost*'sches

[1]) Erhalten 28. October 1883.



Symptom), dann zeitweiliger Nystagmus. Gang schwankend, wie der eines Betrunkenen („Ataxia cerebellaris“).

Als Sitz der Affection bezeichnet Prof. *Huguenin* den Mittellappen des Kleinhirns und zwar den obern Wurm, da der Acusticus unbetheiligt ist. Die abnorme Kopfstellung erfolgt durch Krampf der kleinen Halsmuskeln; jedenfalls ist Spondylitis mit Sicherheit auszuschliessen. Ophthalmoscopisch ergibt sich das typische Bild des Papillarödems im Uebergange zur Neuroretinitis descendens und Erweiterung der Venen. Der Vortragende erklärt letztern Befund durch den Verschluss der Piaräume an der Basis, welcher durch chronische Meningitis bewirkt wird, die Prof. *H.* bei allen Tumoren an der Basis fand.

Nach alledem muss die Diagnose lauten: Rasch wachsender Tumor am untern Ponsrande.

3. Vorstellung einer Frau mit Paraplegie in Folge von Myelitis transversa und sehr schön palpabler Wanderniere.

4. 18jähriges Mädchen mit Monoplegie des rechten Beines, die vor 11 Wochen ziemlich plötzlich entstanden war. Theilweise Entartungsreaction. Die Ursache ist in der grauen Substanz des Rückenmarks zu suchen und Prof. *H.* macht darauf aufmerksam, dass Processe, die sich analog der Kinderlähmung verhalten, auch bei Erwachsenen beobachtet werden. Die Prognose stellt er nicht gerade ungünstig. [1])

Im 2. Acte, der nach der Terrasse des Künstlergütli verlegt wird, kommt noch die Frage der Betheiligung der ärztlichen Gesellschaft bei der Gründung eines Sanatoriums für rhachitische und scrophulöse Kinder zur Behandlung.

Dr. *Haab* referirt über den Stand der Angelegenheit; nach längerer Discussion wird beschlossen, das Project im Allgemeinen Seitens der Gesellschaft moralisch zu unterstützen und zunächst den Vorstand, verstärkt durch Dr. *Kerez*, zur weitern Berathung der Sache mit Delegirten des Comité's für Feriencolonien abzuordnen.

Ferner ist zu erwähnen, dass Herr Prof. *Huguenin*, als die Choleragefahr uns näher zu rücken schien, in verdankenswerthester Weise es übernahm, in 2 Extrasitzungen der Gesellschaft (21. und 28. Juli), die zu diesem Zwecke auch die übrigen Aerzte des Cantons eingeladen hatte, Vorträge über Aetiologie, Symptomatologie und Prophylaxe der Cholera zu halten, die den zahlreich versammelten Zuhörern reiche Belehrung und Anregung boten.

Referate und Kritiken.

Ueber Blutungen nach Tracheotomie wegen Croup und Diphtheritis.

Dissertation von *Franz Zimmerlin*. Basel, 1882.

In dieser sehr ausführlichen Dissertation bespricht der Verfasser nach Erwähnung fremder Beobachtungen, die über den gleichen Gegenstand in der Literatur zerstreut sind,

[1]) Zustand jetzt, im October, bedeutend gebessert. Prof. *Huguenin*.

an der Hand des Beobachtungsmaterials des Basler Kinderspitals innerhalb der letzten zehn Jahre die Ursachen der Blutungen nach Tracheotomie, deren Quellen, deren Arten, Prophylaxis, Therapie und Folgen. Als Ursachen werden hauptsächlich Diphtheritis der Tracheotomiewunde, schlaffe, unreine, gangränöse Wunden, Canülendruckgeschwüre, angeschnittene Gefässe, zu frühes Abfallen von Ligaturen, angeschnittene Schilddrüse erwähnt. Arterielle Blutungen erfolgen aus der Art. anonyma und aus den oberen Thyreoidealarterien; venöse Blutungen aus den Thyreoidealvenen und aus den Venæ jugul. anteriores; capillare aus Decubitusgeschwüren; parenchymatöse aus der Schilddrüse. Die Prophylaxis besteht in sorgfältigster Blutstillung bei der Operation und in der Wahl möglichst guter Canülen. Die Therapie verlangt oft Canülenwechsel, wobei besonders die *Baker*'sche Caoutchoukcanüle empfohlen wird, Eisenchloridbetupfungen, Tannininhalationen, grösste Ruhe des Patienten, Eis, Compression der Trachea gegen einen eingeführten elastischen Catheter etc.

Aus der Dissertation bekommt man im Ganzen ein schönes Bild über die ganze Behandlung bei Tracheotomie, wie sie im Kinderspital in Basel gehandhabt wird und es ist die Arbeit sowohl in practischer Beziehung als auch in rein wissenschaftlicher Hinsicht recht verdienstvoll. *C. Vögtli.*

Ueber Darmwandbrüche.

Von Dr. *Ad. Lorenz*, Assistent an der chirurg. Klinik des Prof. *Albert* in Wien. Wien, Urban & Schwarzenberg.

Verfasser weist zunächst bezüglich der Nomenclatur die immer noch häufig gebrauchte Bezeichnung der im Titel genannten Brüche als *Littre*'sche zurück. Der Name *Littre*'scher Bruch bezieht sich nur auf den Befund eines congenitalen Divertikels des Ileum im Bruchsack. Man unterscheide also nach *Rieke* (1841) Darmanhangbrüche (eigentliche *Littre*'sche) und Darmwandbrüche, d. h. Brüche, die nicht eine ganze Schlinge, sondern nur ein Stück Darmwand enthalten. Nur mit diesen letztern beschäftigt sich die Arbeit in eingehender Weise.

Es werden 2 Fälle von acut entstandenen Darmwandbrüchen von der *Albert*'schen Klinik ausführlich erzählt und sodann 9 Fälle von Darmwandbrüchen aus den Protocollen der Klinik, 18 weitere aus den Wiener Sectionsprotocollen (seit 1830) und endlich die in der Literatur gesammelten Fälle mitgetheilt. An der Hand dieses Materials bespricht dann Verfasser das Vorkommen, die Entstehung, den klinischen Verlauf etc. der verschiedenen Darmwandbrüche. Aus diesen z. Th. sehr interessanten Erörterungen sei hier Folgendes als Resultat hervorgehoben.

Die Existenz von Darmwandbrüchen ist ausser jedem Zweifel (contra *Roser* 1859). Sogar freie Darmwandbrüche kommen vor. Verfasser hat einen solchen bei der Obduction eines 4monatlichen Knaben am Nabel constatirt.

Das Vorkommen des acuten Darmwandbruchs ist vielfach (u. a. von *König*) bestritten, ist aber ebenfalls sicher (die 2 eigenen Fälle). Zu seinem Zustandekommen braucht es allerdings günstige Bedingungen, enge Bruchpforte, starker intraabdomineller Druck u. s. w.

Der chronische Darmwandbruch ist gegenüber den congenitalen Divertikelbrüchen (Darmanhangbrüchen) dadurch charakterisirt, dass bei ihnen an der Stelle des Bruches (des acquirirten Divertikels) eine Darmstenose besteht, welche auch die klinischen Erscheinungen ganz wesentlich mitbestimmt.

Das klinische Bild der Darmwandbrüche variirt sehr bedeutend, je nachdem diese acut oder chronisch entstanden, je nachdem Dünndarm oder Dickdarm betroffen sind. Bezüglich der sehr lesenswerthen Details sei auf das Original verwiesen. *Fritzsche.*

Cantonale Correspondenzen.

Basel. Wiederholungscurs der IX. Infanteriebrigade vom 17. September bis 4. October.

Die folgenden Notizen über die sanitarischen Verhältnisse und die Leistungen des Sanitätspersonals in den eben beendigten Brigademanövern müssen schon darum kurz und fragmentarisch sein, weil es sich allein um einen Bericht über den Dienst bei den T r u p p e n c o r p s handeln kann. Es waren nämlich diesmal ausnahmsweise keine Am-



bulancen aufgeboten; auch fehlte im Hauptquartier ein officieller ärztlicher Vertreter. Beides ist entschieden zu bedauern, indem ein einheitliches Handeln und ein feldmässiges Verfahren im Sanitätsdienst fast unmöglich gemacht war. Aus denselben Gründen kann der Referent nur über das Infanterieregiment 18 berichten, dem er anzugehören die Ehre hat. Dieses Regiment hielt seinen Vorkurs in Liestal ab unter dem Befehl des Herrn Oberstlieutenant *Oberer;* es ist hier wohl erlaubt, unserem Regimentskommando zu danken für die ausgezeichnet tactvolle Art, mit welcher es uns Aerzte behandelte, berieth, in unseren Uebungen unterstützte. Wir Sanitätsoffiziere sind leider nicht immer gewohnt, von den höchsten combattanten Stellen aus mit derjenigen Rücksicht und Aufmunterung empfangen zu werden, die wir durchaus beanspruchen müssen, auch ohne uns vordrängen zu wollen. — Von den 3 Bataillonen unseres Regiments waren 6 Compagnien in der Caserne einquartiert, deren bekannte Uebelstände ich hier übergehen will. Glücklicherweise hatten wir dennoch keine Fälle von Infectionskrankheiten zu beklagen. Die übrigen Compagnien waren im Schulhaus, in Wirthschaften und im Zeughaus, zum Theil in recht engen Cantonnementen untergebracht.

Am 27. September marschirten wir zu den eigentlichen Manövern in's Birsthal ab. Es ist ein gutes Zeichen für die Brauchbarkeit unserer Truppen, dass trotz der fortwährend nasskalten Witterung nur ganz wenige länger dauernde Erkrankungen vorgekommen sind, welche in die Spitäler mussten abgegeben werden; Diarrhœen dagegen traten massenhaft auf. — An mehreren Gefechtstagen wurde der Sanitätsdienst nach den bekannten Vorschlägen des Major *Bircher* organisirt. Wir hatten hiebei mit einigen Schwierigkeiten zu kämpfen: erstens war die Zahl unserer Träger viel zu klein; wir konnten höchstens mit 7 Brancards ausrücken, was ja für ein Regiment nichts sagen will; zweitens war es schwer, diejenigen Sanitätssoldaten, welche wirklich in der Gefechtslinie sind (der Compagniewärter und die erste Trägerrotte), von zeitraubenden Transportverbänden abzuhalten. Es wäre gewiss wünschenswerth, wenn auch den Füsilieren eine primitive Anleitung mit dem nöthigsten Verbandzeug gegeben werden könnte, sich und ihren Kameraden bei leichten Verletzungen zu helfen. Der dritte Uebelstand lag in den raschen Stellungsveränderungen der Truppen, wie sie die Friedensübungen mit sich bringen. Trotzdem haben wir die Ueberzeugung gewonnen, dass die Sanität ihre Pflicht schnell und mit grossem Nutzen erfüllen kann, wenn sie regimentsweise zusammenarbeitet. Wie übrigens auch wir Aerzte in unserem Treiben controlirt wurden, geht daraus hervor, dass der inspicirende Herr Bundesrath Hertenstein eines schönen Morgens vor 6 Uhr auf einem unserer Krankenzimmer erschien, wo er denn schon die Aerzte in ihrer Thätigkeit antraf. — Wenn ich zum Schluss noch bemerke, dass wir alle gut beritten waren und die Mannschaft nicht mit unfreiwilligen Reiterstücklein erheiterten, so wird man begreifen, dass wir den letzten Dienst als gelungen, lehrreich und anregend in froher Erinnerung behalten werden. *Albrecht Burckhardt*, Hptm.

Ferienbriefe. In **Breslau** findet seit ca. 5 Jahren jeden Herbst gegen Ende der grossen Ferien ein 4 Wochen dauernder **Fortbildungskurs für practische Aerzte** statt. Im heurigen Programm waren 14 Vorlesungen angekündigt, unter denen beliebig sollte ausgewählt werden können. Die Lesenden waren zum grössten Theil Professores ordinarii, darunter sämmtliche Vorsteher der Kliniken (mit Ausnahme der innern medizinischen). Das Collegiengeld war auf 20 Mark pro Vorlesung bestimmt.

Am 27. September sollte der Cursus beginnen. Bereits hatten sich etwa 10 Auswärtige und 5 Breslauer auf der Poliklinik angemeldet, 2 Russen, 1 Pommer, 1 Thüringer, 1 Amerikaner und 1 Schweizer waren auch schon eingezogen in Breslau's Mauern, da — man stelle sich unseren Schreck vor — wird uns officiell gemeldet, die Anzahl der Theilnehmer, die in früheren Jahren bis 50 betragen habe, sei bis dato eine so geringe, dass die Herren Professoren gestern beschlossen hätten, von der regelrechten Ertheilung der Curse ganz abzustehen; die diesbezüglichen Telegramme und Briefe seien bereits abgegangen. Dagegen ständen die Polikliniken unserem Besuche jederzeit offen. — Nun waren aber die Curse bedingungslos und ohne Anmeldetermin angekündigt worden und einzelne der fremden Aerzte waren mehrere Tagreisen weit hergereist, hatten zum Theil hier auch schon festes Logis bezogen und die Praxis zu Hause einem Stellvertreter übergeben. Zudem waren in dem Programm Namen von bestem Klang vertreten, medizi-



nische Grössen wie *Ponfik*, *Fritsch* u. A., deren Genius wir uns um keinen Preis wollten entgehen lassen. Wir beschlossen deshalb einmüthig, vorderhand noch nicht abzuziehen von Breslau. Unsere eindringlichen Vorstellungen und Bitten fanden glücklich Gehör: Am 29. Abends, in gemeinschaftlich abgehaltener gemüthlicher Zusammenkunft boten sich neun der academischen Lehrer zur Abhaltung ihrer angekündigten Curse an und der Stundenplan konnte nun definitiv festgestellt werden. Zu lesen weigerten sich: die Professoren *Fischer* (Chirurgie), *Berger* (Nervenkrankheiten), *Gierke* (microscopische Technik), *Soltmann* (Pädiatrie), *Fœrster* (Ophthalmologie). *Fischer* und *Fœrster* luden uns auf ihre Polikliniken und zu ihren Operationen ein, und namentlich ersterer war in der Folge sehr zuvorkommend, indem er stets Rücksicht auf seine Gäste nahm, von ihnen sogar kleinere Operationen (Amputationen, Geschwulstexstirpationen etc.) ausführen liess. Professor *Soltmann* versprach uns ebenfalls sein poliklinisches Material zu zeigen, war aber dann sammt letzterem unsichtbar, als wir zu der von ihm festgesetzten Stunde uns in seinem Spitale einfanden.

Am 31. begannen die Vorlesungen: Wenig und immer weniger Interesse wurde einem wöchentlich zweistündigen Curse über interne Medicin von Docent *Buchwald* entgegengebracht, da der Vortragende, sonst ein tüchtiger und sehr beschäftigter Arzt, Leiter des Hauke'schen Krankenhauses (mit 150 Betten) und Verfasser einer sehr brauchbaren Schrift über quantitative Harnanalyse, offenbar keine Idee davon hatte, dass wir in den 4 Wochen unseres Breslauer Aufenthaltes nur practisches, womöglich auch neueres, in condensirter Form und kritisch gut gesichtet hören wollten. — Bei Docent Dr. *Gottstein* fanden sich ca. 20 Auditoren ein. Dieselben hörten, in zwei Gruppen getheilt, je drei Mal wöchentlich einen recht instructiven, mit grossem poliklinischem Material illustrirten Vortrag über Untersuchung und Behandlung der Krankheiten von Ohr, Nase und Kehlkopf. Die Larynxpatienten bildeten weitaus die Mehrzahl desselben. Ich möchte meine Herren Collegen besonders aufmerksam machen auf *Gottstein*'s schlanke und kräftig fassende Röhrenzange, die ebenso originell als practisch construirt ist; ferner auf seine Methode der Ozænabehandlung mit partieller Nasentamponade und schliesslich auf ein dieser Tage erscheinendes, vom nämlichen Autor verfasstes Werk über Laryngotherapie, in welches uns bereits etwelche Einsicht zu nehmen vergönnt worden ist und welches namentlich auch dem practischen Arzte sehr willkommen sein wird, da es — zum Unterschied von andern derartigen Specialwerken — sehr vorurtheilsfrei, schlicht, klar und bündig geschrieben ist. —

Dr. *Eidam* las vor zahlreicher Zuhörerschaft ein zwölfstündiges Colleg über Spalt- und Fadenpilze. In prachtvollen Reinculturen züchtete er diese schuldigen und unschuldigen, jetzt mit so grossem Interesse allgemein studirten Organismen und demonstrirte sie uns je in der zweiten Hälfte der Stunde unter dem Microscop. Eine grosse Zahl von bei dieser Gelegenheit angefertigten Dauerpräparaten wird uns stets ein reelles flottes Andenken an diesen Curs bleiben. Wo Culturen fehlten, kamen Photogramme von *Koch* zu Hülfe, ebenso zahlreiche Originalphotographien dieses berühmten Forschers, der dort im Breslauer pflanzenphysiologischen Institut, in den nämlichen Räumen, wo auch wir nun microscopirten, den Anfang gemacht hat zu seinen epochemachenden Untersuchungsmethoden und Entdeckungen. —

Ein vorzüglicher Curs in D e r m a t o l o g i e und S y p h i l i s wurde uns zu Theil durch Herrn Professor Dr. *Neisser*. Ein grosses, vielgestaltiges Material, ein fliessender schöner Vortrag, feine Differenzialdiagnostik, sorgfältig eklectisches Vorgehen in der Therapie! *Neisser* ist in der Therapie der Syphilis Freund des *Fournier*'schen Verfahrens oder wenigstens seiner diesbezüglichen Ansicht; er greift bei jedem Fall therapeutisch ein und stellt sich somit in Gegensatz zur Wiener Schule. Interessant war die Demonstration einer grossen Reihe von mit Leucopathia syphilitica Behafteter, ein Leiden, das *N.* namentlich bei Frauen häufig am Hals auftreten sieht an Stelle des verblassten Frühexanthems und welches diejenige Zeit über bestehen bleibt, in der die Infectiosität am intensivsten ist. — Die typische Behandlung von Scabies geschieht mit Styrax und Oel āā. Bei fleckweisem Auftreten von Psoriasis wird Chrysorobin vortheilhaft angewandt in Verbindung mit Traumaticin (1 : 50). — In Trippersecret, auch bei chronischer Gonorrhoe wird der Gonococcus stets nachgewiesen; wir haben uns zu wiederholten Malen von der Richtigkeit dieser Behauptung *Neisser*'s überzeugen können. Auch den Erysipelcoccus *Fehleisen*'s



demonstrirte uns *N.* sowohl in Reinculturen, als auch im Gewebe einer frisch excidirten Hautpartie aus der Randzone einer Gesichtsrose.

Interessant und in jeder Beziehung practisch ist die Manier, wie hier in Breslau die Bacterien von Professor *Neisser* in Se- und Excreten zu diagnostischen Zwecken gefärbt werden: nämlich nicht auf dem zerbrechlichen Deckelgläschen, sondern ohne weitere Vorbereitung auf dem Objectträger. Untersucht man also z. B. das eitrige Secret einer Urethritis, so wird von demselben eine minimale Menge mit der Platinsonde fein verrieben oder breitgedrückt, über der Flamme erhitzt, dann ca. 2 Minuten lang in darübergegossener Methylenblau-Lösung belassen, unter dem Wasserhahn abgespült, getrocknet — und das Präparat ist fertig zur Untersuchung. Letztere geschieht dann mit Oelimmersion und *Abbé*. Ebenso schnell sah ich im klinischen Laboratorium von Professor *Biermer* Tuberkelpräparate herstellen: Das Sputum wird zwischen zwei Objectträgern zerdrückt, erhitzt, dann Anilinöl-Fuchsinlösung darüber gegossen, eventuell noch einen Moment erhitzt, unter dem Hahn der gewöhnlichen Wasserleitung abgespült, verdünnte Salpetersäure aufgetropft, wieder abgespült und schliesslich getrocknet. Dabei wird der Objectträger nie aus der Pincette herausgenommen und das Präparat ist (zur Untersuchung mit Oelimmersion eventuell auch zum Einschliessen in Canadabalsam) fast so schnell hergestellt, als sich dieser Passus liest. Diese Vereinfachung der *Ehrlich-Rindfleisch*'schen Methode scheint mir ungemein werthvoll zu sein für den vielbeschäftigten Arzt; — wenn *Abbé* und Immersionslinse nur nicht gar so theure Dinge wären! —

Professor *Fritsch* las, wie Professor *Neisser*, wöchentlich vier Mal; ausserdem führte er alle 2 Tage zu bestimmter Stunde eine grössere Operation aus, wozu wir sämmtlich stets eingeladen waren. Es fielen in diesen Zeitraum 3 Ovariotomien und ausserdem noch 2 Laparotomien ohne Geschwulstentfernung, 1 supravaginale Uterusamputation, 1 Collumamputation, 2 Blasenscheidenfisteln, 1 Kolporaphie, 3 vaginale Uterusexstirpationen (von denen eine unvollendet bleiben musste). *F.* operirt mit verhältnissmässig wenig zahlreicher Assistenz, sehr ruhig und schön. Die Narcosen, die mit Alcohol-Aether-Chloroform eingeleitet und mit reinem Chloroform unterhalten wurden, waren sämmtlich tadellos. — Die Themata des Vortrages durften wir uns selbst wählen. So wurden, in abgerundet schöner Form und inhaltlich, scharf und präcis, überall den heutigen therapeutischen Standpunkt und das Bedürfniss des practischen Arztes in's Auge fassend — folgende Capitel eingehender besprochen:

Sondirung und Behandlung der Uterinhöhle in Seitenlage, Erosionen der Portio vaginalis; Lageveränderungen und Prolaps; Exsudate; Genitalblutungen; Prophylaxe und Therapie des Puerperalfiebers; geburtshülfliche Therapie bei engem Becken mit besonderer Berücksichtigung des Kranioklasten.

Professor *Ponfik* las wöchentlich drei Mal, je an Hand einer grossen Zahl meist ganz frischer macroscopischer und microscopischer Präparate und zwar so, dass er stets zuerst den klinischen Verlauf genau berücksichtigte und dann erst den Sectionsbefund folgen liess. Das reichliche Material bot oft Gelegenheit, interessante Parallelen zu ziehen und allgemeine Gesichtspuncte in's Auge zu fassen. So wurde der neueste Stand der Tuberculosenfrage histologisch und klinisch eingehend erörtert, ferner die pathologische Anatomie der weiblichen und männlichen Genitalien, die verschiedenen Formen von Magen- und Lebercarcinom, Diphtherie der Athmungsorgane, Knochenveränderungen bei Elephantiasis cruris etc.; ferner eine Reihe einzelner, seltener, interessanter Fälle, z. B. 1 Leberechinococcus, 1 acute (toxische?) Nephritis, 1 Typhus recurrens, 1 Ruptura cordis, 1 Actinomycose (die uns einige Tage früher auf der Klinik vorgestellt worden war). — Wir practischen Aerzte haben, wenn wir nicht etwa zufällig gerichtliche Functionen auszuüben in der Lage sind, so wenig Gelegenheit, das anatomische Substrat der Hauptmasse der von uns behandelten Leiden zu sehen, dass uns diese Bilder allmälig in der Erinnerung abblassen und verwischt werden. Um so grösser war das Interesse an diesen ungemein anregend gehaltenen Vorträgen.

Rühmend sei auch der Assistenten sämmtlicher Kliniken (auch der ophthalmologischen und chirurgischen) gedacht. Ihrem freundlichen Entgegenkommen haben wir viel zu verdanken; Manchem von uns wurde sogar das grosse Vergnügen zu Theil, in die Familie des einen oder andern unserer verehrten Lehrer eingeführt zu werden. — Da wir Fremde wenig zahlreich waren (3 aus der Provinz Schlesien, 1 Berliner, 1 Mecklenburger, 1



Thüringer, 1 Pommer, 1 Amerikaner, 1 Schweizer, 2 Russen), so schlossen wir uns um so enger aneinander; zudem bewegten uns ja gleiche Sorgen, gleiche Freuden. Samstag Abend fand stets eine gemüthliche Zusammenkunft von Aerzten und Professoren statt. Der Abend des 22. October vereinigte uns zum letzten Male; herzliche Worte wurden bei diesem Anlasse von beiden Seiten gewechselt.

So war uns das sonst an und für sich langweilige Breslau zu einer gar lieben Stätte geworden, wo wir gerne noch einige Wochen uns am Lichte dieser Wissenschaften gesonnt hätten. — Wenn ich meinen werthen Collegen diese Curse rückhaltslos empfehle, so muss ich auch des angenehmen Umstandes erwähnen, dass das Leben in Breslau sehr billig ist: 1 Mark hat dort mindestens so viel Werth, wie in Wien 1 Gulden.

Es war der lebhafte Wunsch aller Curstheilnehmer, dass der beendete Curs nicht der letzte dieser Art in Breslau sein möchte — wie zu befürchten ist — und dass es uns vergönnt sein möchte, nach etwa 6 Jahren unter ähnlichen Verhältnissen dort wieder im Allerheiligen-Hospital einziehen zu können zu kurzbegrenztem, aber frischem fröhlichem Studentenleben. Also vivat sequens! *S—n.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Aus den Acten der Aerzte-Commission. 18. Sitzung der Aerzte-Commission, Samstag, den 27. October 1883, Morgens 9 Uhr, Restaurant Biehly in Olten. Anwesend die Herren *Sonderegger*, *Burckhardt-Merian*, *Kummer*, *Steiger* und *Zehnder*; als Gast der Verwalter der Hülfskasse Dr. *Baader*. Ihr Ausbleiben haben entschuldigt die Herren *Castella* und *d'Espine*. Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

Präsident *Sonderegger* schlägt vor im Hinblick darauf, dass der Verkauf des von der Aerzte-Commission herausgegebenen Wegweiser für hilfesuchende Kranke und Gebrechliche weit unter den Erwartungen zurückgeblieben sei, ein Circular an die cantonalen medic. Gesellschaften zu richten, mit der Einladung für zweckentsprechende Verbreitung dieses nützlichen Büchleins Sorge tragen zu wollen. — Wird angenommen.

In Beantwortung der Adresse der Aerzte-Commission an Herrn Dr. *F. Müller* (s. Corr.-Bl. S. 512) wird folgende Zuschrift verlesen:

„An Herrn Dr. *Sonderegger*, Präsident der schweiz. Aerzte-Commission.

Hochverehrter Herr College!

Sie haben mir heute durch Ihr verehrl. Mitglied Herrn Prof. *Albert Burckhardt-Merian* eine Adresse überreichen lassen, in welcher Sie meinem frühern amtlichen Wirken im Schoosse des L. Ausschusses für die Eidgen. Medicinalprüfungen eine überaus freundliche und nachsichtsvolle Beurtheilung zu Theil werden lassen.

Empfangen Sie zu Handen der Herren Collegen meinen herzlichen Dank für diesen Beweis collegialer Sympathie. Bewusst bin ich mir allerdings, dass mich in meiner nunmehr aufgegebenen Stellung immer das Streben geleitet hat, mitzuhelfen, dass der Schweiz ein ärztliches Corps geschaffen werde, beseelt von wissenschaftlichem Sinn und zugleich begabt mit einem Herz für das Leiden des Volks, und so befähigt, dem Schwindel und der Gemeinheit jederzeit fest entgegenzutreten. Lassen Sie uns hoffen, dass die Institution der Eidgen. Medicinalprüfungen, eine handliche Waffe zur Erreichung dieses Zieles, sich immer festige und ausbilde. Ihr achtungsvoll ergebenster

Basel, 2. Oktober 1883. *F. Müller.*"

Cassier *Steiger* macht Mittheilung über den Stand der Casse, welche durch Erheben der Beiträge der cantonalen Gesellschaften das Defizit getilgt und nach Eintreffen der noch ausstehenden Gelder mit einem Activsaldo von circa 275 Fr. abschliessen werde. Die detaillirte Rechnung folgt später.

Dr. *Baader* referirt eingehend über die Hülfscasse, zeigt an der Hand der vorgelegten Geschäftsbücher den Modus der Comptabilität und ihrer Controlle und schlägt vor:

1) Die Hülfscasse für Aerzte als juridische Person mit Sitz in Basel in's Handelsregister eintragen zu lassen;

2) die eingelaufenen Beiträge vor der Hand zu capitalisiren und in soliden Titeln anzulegen;

3) in Ausführung des Beschlusses der schweizerischen Aerztecommission in Basel



(Mai 1883) ein Circular durch die Aerzte-Commission an die cantonalen med. Gesellschaften zu richten mit der Aufforderung, gegenüber den verschiedenen divergenten Ansichten über Organisation der Hülfscasse Stellung zu nehmen und die gefassten Beschlüsse mit Beförderung zur Kenntniss zu bringen;

4) eine Mortalitäts- und später eine Invaliditätsstatistik der Aerzte in der Schweiz aufzunehmen.

Werden diese Anträge angenommen und Dr. *Baader* eingeladen, das Circular zu entwerfen und über den Stand der Hülfscasse in der Hauptversammlung zu referiren. Demselben wird hierauf der Dank ausgesprochen für seine umsichtige und energische Thätigkeit an der Gründung der Hülfscasse.

Der Schriftführer legt hierauf ein Verzeichniss der Arbeiten vor, welche in den letzten 9 Jahren von der Aerzte-Commission sind an die Hand genommen worden und es wird im Anschluss hieran das Arbeits-Programm der nächsten Jahre vorläufig besprochen. Als solches wird genannt:

1) Statistische Erhebung der Zahl der Aerzte in den einzelnen Kantonen auf 1. Januar 1884.

2) Mortalitätsstatistik der Aerzte in den einzelnen Kantonen.

3) Definitive Organisation der Hülfscasse für Schweizer Aerzte.

4) Bearbeitung einer Morbiditätsstatistik der Schweiz, nach Bezirken geordnet, auf Grund der Ergebnisse der durch 10 Jahre durchgeführten Erhebungen der eidg. Rekrutirungs-Commissionen.

Es wird betont, dass diese letzteren zwar erst im Jahre 1885 vollständig vorliegen, dass aber die Vorbereitungen jetzt schon beginnen sollten, um diese grosse und dankbare Aufgabe später mit Erfolg der Vollendung entgegen führen zu können. Es wird hiezu ein event. Credit der Bundesbehörden in's Auge gefasst.

5) Soll ferner die Idee einer Sammelforschung über wichtigere Krankheiten nach dem vorliegenden Plane des Vereins für innere Medizin in Berlin geprüft werden. Eine dahinzielende Zuschrift von Dr. *Sigg* wird verlesen.

Wird ferner beschlossen, an Herrn Bundesrath *Schenk* die folgende Eingabe zu richten:

„Die schweizerische Aerzte-Commission an das Departement des Innern, Herrn Bundesrath Dr. *Schenk*, zu Handen des hohen Bundesrathes der schweizerischen Eidgenossenschaft.

Olten, den 27. Oktober 1883.

Hochgeachteter Herr! Nachdem die Aufregung sich gelegt hat, welche die Cholera von Egypten während der letztverflossenen Monate Juli und August auch in unserm Vaterlande hervorgebracht, nachdem nun jene Gefahr wieder in weite Ferne gerückt und die Frage der Epidemienpolizei in die Bahn der regelmässigen Forschung und des ruhigen Studiums zurückgekehrt ist, fühlen wir uns vor Allem verpflichtet, Ihnen persönlich und zu Handen des hohen Bundesrathes unsern Dank auszusprechen, dass Sie sich rückhaltlos zu den Grundsätzen der in aller Welt gültigen Seuchenpolizei bekannt haben, welche auch im verworfenen Epidemiengesetze niedergelegt sind. Mögen Sie es nicht als eine Einschränkung unseres Dankes betrachten, wenn wir uns dennoch, als Aerzte wie als Bürger, die Freiheit nehmen, auch unserseits zu sagen, was Sie selber klar genug wahrgenommen: dass bei unsern gegenwärtigen Verhältnissen die Epidemienpolizei äusserst mangelhaft ist; sie ist improvisirt, ohne Anhalt und ohne Uebung im Volke; sie wird verlangsamt und im entscheidenden Augenblicke matt gesetzt durch die sich vielfach widersprechenden, bekämpfenden und formell bestreitbaren Competenzen der 25 Cantone und der Eisenbahngesellschaften. Wir haben, nach den vorläufigen Erfahrungen dieses Sommers, allen Grund zu befürchten, dass beim Ausbruche irgend einer schweren Epidemie diese kommen, wüthen und wieder verschwinden wird, ehe und bevor unsere Schutzvorkehrungen ausgiebig und sicher arbeiten.

Wir stellen desshalb an Ihre hohe Behörde das dringende Ansuchen, fürzusorgen, dass der Sicherheitsdienst gegen Epidemien schon in Friedenszeiten organisirt und in seinen wesentlichen Punkten so weit geregelt werde, um im Ernstfalle ohne zeitraubende Verhandlungen arbeiten zu können.

Wenn ein einheitliches eidgenössisches Gesetz jetzt noch nicht möglich ist und unser Volk wirklich des ganzen Jammers und der ganzen Verwirrung einer Epidemie bedarf,



ehe es sich über doctrinäre Bedenken und über die Declamationen von Berufsopponenten hinwegsetzt, so erscheint dennoch eine bessere Vorbereitung auf Grundlage der bisherigen Bundesbefugnisse möglich und möchten wir Sie angelegentlich bitten, wenigstens für die Aufstellung einer ständigen, berathenden Commission zu sorgen und den sehr bescheidenen Posten für eine solche wieder auf das Budget zu nehmen, oder aber, im Anschlusse an Ihre Erklärungen vom 21. April und vom 8. Mai 1875, und ohne alle Ausgaben, die schweizerische Aerzte-Commission in gleicher Weise als berathendes Organ zu anerkennen und auch zu verwenden, wie Sie es beim schweiz. Handels- und Industrieverein, beim Juristenverein und in vielen andern Fällen zu thun pflegen.

Wir bedürfen eigentlich einer ständigen berathenden Commission und dazu eines Medicinal-Referenten, welcher ganz seinem Amte lebt, das verstreute Material der Krankheitsstatistik und der gesetzlichen Vorkehrungen sammelt und vervollständigt, die Resultate der vorhandenen Todesstatistik praktisch verwerthet, die Einführung der fundamentalen sanitätspolizeilichen Massregeln überwacht und nach den, aus der Commissionalberathung hervorgegangenen, selbstverständlich vom Placet der zuständigen Behörden abhängig gemachten Grundsätzen das Nöthige schnell und planmässig durch Vermittlung der Cantonsregierungen ausführt. Während bei den viel einfacher liegenden und gesetzlich wohlgeordneten Verhältnissen der Viehseuchenpolizei ein einzelner Referent vollständig genügt, erscheint es dagegen bei den verwickelteren Fragen der Epidemienpolizei unumgänglich nöthig, mehr als einen fachmännischen Berather zur Hand zu haben. Der redlichste Wille kann irre gehen oder einseitig werden und kein gewissenhafter Arzt wird auf die Dauer den Muth haben, der alleinige Berather in hochwichtigen und eiligen Fragen zu sein.

Dass unsere Anschauung formell richtig sei, scheint uns durch die Thatsache erwiesen, dass die meisten Departemente Ihrer hohen Behörde ihre berathenden Special-Collegien und Specialbeamten haben; dass wir auch keinem Phantasiebilde nachjagen, beweist die fernere Thatsache, dass die schweizerische Eidgenossenschaft schon früher, als die Kenntnisse und Erfahrungen der Seuchenlehre noch viel spärlicher waren, dennoch eine Sanitäts-Commission für nöthig erachtete. Lange und schwere politische Kämpfe haben, nicht immer zum Nutzen des Volkes, ganz besonders die national-ökonomischen Fragen allzulange zurückgedrängt und unter diesen am allermeisten die fundamentale Frage der Arbeitskraft und der Gesundheit unseres Volkes. Wenn auch einzelne untergeordnete Politiker ihren Mangel an Einsicht oder an Nächstenliebe mit wohlfeilen Witzen verdeckten und die, sich selber widersprechende Behauptung aufstellten, dass die Aerzte ein Erwerbsinteresse bei der Hebung des allgemeinen Gesundheitszustandes hätten, so ist doch diese Ansicht bei unsern cantonalen, wie bei den eidgenössischen Behörden nicht durchgedrungen; wir constatiren im Gegentheil, dass sowohl der Ernst der Frage, als die Verantwortlichkeit für dieselbe vom Volke und seinen Behörden noch niemals vergessen noch verläugnet worden ist. Aber zur Stunde ist die öffentliche Gesundheitspflege und Epidemienpolizei der, leider grundsätzlich, vernachlässigte Theil unserer schweizerischen Staatsverwaltung und wir Aerzte dürfen nicht müde werden, alle massgebenden Behörden immer wieder auf die Gefahren unserer jetzigen Medicinal-Unordnung aufmerksam zu machen und uns gegen deren Fortdauer zu verwahren. Endlich ist unser gegenwärtiges eidgenöss. Sanitätswesen auch ein vollständig ausnahmsweises und schon desshalb schlechteres als in andern Staaten, weil wir doch nicht annehmen können, in einer reinen Erfahrungsfrage und unter gleichartigen socialen Verhältnissen, allein weise zu sein. Keiner unserer Nachbarstaaten überlässt das gesammte Sanitätswesen ganz den Provinzen, überall wird die Sammlung und Ordnung der vorhandenen Hülfsmittel für nöthig gehalten, ja Deutschland findet selbst die einzelnen Bundesstaaten zu klein, als dass bei Epidemien jeder allein vorgehen könnte. Alle europäischen Culturstaaten haben mehr oder weniger kräftige, consultative Sanitätsbehörden und vollends sind uns England und die Vereinigten Staaten Nordamerika's, die Länder der grössten persönlichen Freiheit und zugleich die besten Rechner, mit gutem Beispiele vorangegangen.

Verehrter Herr Bundesrath! Wir Aerzte freuen uns, dass es den Juristen, den Militairs und den Finanzmännern gelungen ist, manche grossartige und tief eingreifende Verbesserungen auf den ihnen anvertrauten Gebieten durchzuführen und wir machen nur den Anspruch, ein geneigtes Gehör auch für unsere Fragen zu finden, welche im buchstäblichsten und strengsten Sinne des Wortes Lebensfragen, nicht für uns, aber für unser



Volk sind. Wir Aerzte müssten uns selber schwere Vorwürfe machen, wenn wir muthlos und träge schweigen und, nachdem wir durch verschiedene Missverständnisse mehrmals unterlegen, nun grollend zuwarten wollten, bis eine Calamität schliesslich auch uns Schweizern alte und allbekannte Wahrheiten begreiflich machte.

Wir bitten Sie, hochgeachteter Herr Bundesrath, unser Gesuch wohlwollend aufzunehmen, uns für den Mangel der diplomatischen Form (welche die Welt uns Aerzten so selten zeigt), zu entschuldigen und die Versicherung unserer ausgezeichneten Hochachtung und Ergebenheit zu genehmigen! Im Namen der schweizerischen Aerzte-Commission

Der Präsident: Dr. *Sonderegger.*

Der Schriftführer: Prof. *Burckhardt-Merian.*"

— **Verbandmittel.** Der umsichtige und unablässig thätige Leiter der **internationalen Verbandstofffabrik** in Schaffhausen, Herr H. Th. Bæschlin, hat uns einige Novitäten zugesandt, die wir nach eingehender Prüfung gerne besprechen und empfehlen.

Hygieinische Unterlagen für kleine Kinder. Sie bestehen aus einem Blatt guter Charpiewatte, einem Blatt gebleichter, cardirter Jute, die, wenn die Watte durchnässt ist, die Elasticität der Unterlage erhält, Impermeable, Ueberzug (um Alles) aus hygroscopischer Baumwollengaze, zwei Schlaufen zum Durchziehen der Binde, Binde mit Sicherheitsnadel. Das Paquet (in Carton zu Fr. 2 40) enthält 6 Stück, die für 24 Stunden ausreichen. Die Unterlagen, gelegentlich auch zu anderen Zwecken zu benützen (hydropathischen Umschlägen, Aufsaugekissen aller Art, Verbandmaterial etc.), erfüllen ihren Zweck gut: das Kind liegt kaum nass und doch wird die Wäsche geschützt. Zum gewöhnlichen Gebrauche für die Meisten zu theuer, da sie nach dem einmaligen Gebrauche zerstört werden sollen, sind sie auf Reisen sehr brauchbar.

Necessaire für hydrotherapeutische Halsumschläge, eine wesentliche Verbesserung der alten Schwammfilzbinden, enthaltend sechs Compressen, gebildet aus Charpiebaumwolle, welche die Function des Schwammfilzes versieht, Guttaperchapapier und hydrophilem Verbandstoff, dessen beidseitige Verlängerungen zur leichten Befestigung um den Hals dienen, zwei Flanellbinden, je 1,30 m. lang, 10 cm. breit, mit Bändern an einem Ende, drei künstlichen Schwämmen aus Charpiewatte, hydrophilem Verbandstoff und einem Kern von Jute bestehend, welche zum Befeuchten der Compressen bestimmt sind. Die Vorzüge dieser Neuerung sind: Beseitigung jeder Infectionsgefahr, da die Compressen nach einmaligem Gebrauch, der mehrere Tage dauern kann, weggeworfen oder verbrannt werden sollen, und zum Anfeuchten (nicht zu stark!) keine dubiosen Haushaltungswaschschwämme verwendet werden, sondern die absolut reinen Tupfer, weil ferners jeweils eine Flanellbinde gut ausgewaschen werden kann, während die andere in Gebrauch gezogen wird; sodann die Möglichkeit, dass zwei Fälle in einer Familie zugleich behandelt werden können; billiger Preis der Compressen und Schwämme, welche das Wegwerfen auch weniger Bemittelten nach dem Gebrauch erlauben (die Flanellbinden können lange Zeit dienen); leichte und schnelle Applicationsweise und bessere Wirkung als durch die Schwammfilzbinden.

Preis des vollständigen Necessaires 4 Fr., eines Cartons nur mit sechs Compressen Fr. 1. 50.

Künstliche Schwämme. In hygroscopischem Mull liegt ein Stück Charpiewatte, in dessen Innern etwas cardirte und gebleichte Jute, die elastisch bleibt; die Schwämme werden auf Wunsch carbolisirt, mit Bor etc imprägnirt. Preis für 25 Stück (handgross) 2 Fr., carbolisirt 3 Fr. Sie sollen das 12fache Gewicht Flüssigkeit aufsaugen, werden natürlich trocken verwendet und haben den Vortheil, sich nicht in die Wunden einzufilzen, wie die Charpiewatte, nicht zu inficiren und leicht als Antisepticum verwendet werden zu können. Nach dem Gebrauche werden sie zerstört.

Auch im Wochenbett, als Aufsauger und antiseptischer, prophylactischer Bausch vor dem Introitus vaginæ sind sie sehr empfehlenswerth.

Hygieinische Aufsaugekissen für Frauen für die Zeit der Menstruation, bestehend aus:

Zwei Schichten Salicylwatte, welche die Eigenschaften besitzt, 14 Mal so viel als ihr Trockengewicht Flüssigkeiten aller Art in sich aufzunehmen, dieselben gleichmässig in sich zu vertheilen und durch ihren Gehalt an Salicylsäure jede Zersetzung derselben aufzuhalten;

einer Schichte cardirter Jute, welche, zwischen die beiden Salicylwattelagen placirt,



die Elasticität des Kissens auch im feuchten Zustand bewahrt, die gleichmässige Vertheilung der aufgesaugten Flüssigkeit fördert und das allzurasche Andrängen derselben nach unten verhindert;

einem Blatte impermeablen Stoffs, welcher die Flüssigkeit in den oberen Schichten zurückhält und die Wäsche vor Verunreinigung schützt;

einem Ueberzug aus hydrophiler Baumwollgaze und

den zur Befestigung des Kissens an der Ceinture nöthigen Bändern.

Als Hauptvorzug vor ähnlichen Fabricaten betrachten wir den Umstand, dass die Ränder nicht hart werden (durch geronnenes Blut). Die Binden, die per Paquet zu sechs Stück Fr. 2. 40 kosten, sind auch im Wochenbett zu gebrauchen.

Alle diese Novitäten werden Arzt und Publicum willkommen sein; sie sind wohldurchdacht und gut ausgeführt.

Ausland.

Bayern. Offene Frage an den leitenden Ausschuss der eidg. Medicinalprüfungen.

Als es mir seiner Zeit sehr erwünscht war, ein neues eidgenössisches Diplom zu besitzen, schickte ich mein Berner Cantonal-Diplom an den Präsidenten des leitenden Ausschusses mit dem Ersuchen, mir dasselbe gegen ein eidgenössisches umzutauschen.

Quod non! war die Antwort, ein solcher Umtausch kann nicht geschehen, das eidgenössische Diplom kann n u r durch eine eidgenössische Prüfung erlangt werden.

In Nr. 4 des Correspondenzblattes dieses Jahres lesen wir, dass der leitende Ausschuss an 4 Ausländer das eidgenössische Diplom o h n e Prüfung ertheilte, an 2 Engländer, 1 Franzosen und 1 Deutschen.[1])

In den Curanstalten Schöneck und Seelisberg am Vierwaldstätter See practiciren drei deutsche Aerzte, welche n i e eine Prüfung in der Schweiz abgelegt haben; da in den genannten Curorten alle Hülfsmittel der Therapie angewandt werden, dieselben auch mit wohlausgerüsteten Apotheken versehen sind, so ist es selbstverständlich, dass diese deutschen Collegen nicht etwa als sogenannte Naturärzte das Recht der freien Praxis haben.

Wir sehen somit sowohl cantonale als eidgenössische Behörden deutschen Aerzten das Recht der Praxis in der Schweiz o h n e schweizerische Prüfung gewähren. — Dieser Generosität der Schweiz gegenüber ist in Deutschland, zumal in Bayern, die Berechtigung zur Praxis strenge an die deutsche Prüfung und das deutsche Diplom gebunden; das schweizerische Diplom (sei es nun cantonal, Concordat oder eidgenössisch) ist gleich N u l l. Petent erhielt auf eine diesbezügliche Anfrage beim Ministerium die Antwort, „dass eine Dispensation von der deutschen Prüfung nur dann zulässig sei, wenn der Nachsuchende nachweisen könne, dass ihm von Seite des Staates oder der Gemeinde amtliche Functionen übertragen werden sollen.“ Der Staat und die Gemeinde hinwieder berufen nur einen Arzt, der das bayerische Indigenat besitzt und zur Ausübung der Praxis im Lande überhaupt legitimirt ist. Dieser Circulus vitiosus schlägt somit dem Schweizer Arzt, der kein deutsches Diplom hat, mit einem Wort die Thüre vor der Nase zu.

Weitere Commentare hierüber scheinen mir überflüssig, die Thatsache spricht deutlich genug; es sei mir aber die offene Frage an den leitenden Ausschuss gestattet:

„Wird die neue schweizerische Medicinalordnung solchen Zuständen nicht ein Ende machen und wie lange sollen noch die Landeskinder und die Fremden mit ungleicher Elle gemessen werden?“

München, 22. October 1883. Dr. *Isenschmid.*

Obwohl die Angelegenheit des Herrn Collegen *Isenschmid* in unserem Blatte schon einmal zur Sprache kam und zudem die principielle Seite der Frage wiederholt in den Berichten des leitenden Ausschusses klargelegt wurde (vide z. B. 1882, pag. 86), nehmen wir dennoch keinen Anstand, die Beschwerde zu öffentlicher Kenntniss zu bringen. Wir thun dies hauptsächlich auch aus dem Grunde, weil wir von s a c h v e r s t ä n d i g e r Seite erfahren haben, dass leider im Wesentlichen die Verhältnisse so sind, wie sie der Brief schildert. So gut wie die Apotheker sind die schweizerischen Aerzte fast absolut ausser Stande, in Deutschland das Recht der Ausübung ihres Berufes zu erreichen, während die Deutschen die Licenz hiezu bei uns leicht erlangen — aber n i c h t v o m l e i t e n d e n A u s s c h u s s,[1]) nicht von der Eidgenossenschaft, s o n d e r n v o n e i n z e l n e n K a n-

[1]) Nach Art. 69, Absatz 3 des Reglementes kann der l. Ausschuss „auf ausgezeichnete wissenschaftliche Leistungen oder mindestens zehnjährige Praxis hin“ die Prüfung ganz erlassen.
Die Redact.



tonen. Während viele Kantone in richtiger Weise auf die Ertheilung cantonaler Patente verzichtet haben, halten einige daran fest und dagegen lässt sich einstweilen nichts machen. Sie haben das Recht, fremde Aerzte zur Praxis zuzulassen. Wir hoffen, dass diese monströse Bevorzugung Fremder, die gegen uns in ihrem eigenen Lande so rücksichtslos sind, bald schwinde, protestiren aber dagegen, dass sich der leitende Ausschuss durch diese Ausnahmsfälle zu grundsätzlichen Rückschritten drängen lasse. Die Redaction.

Hülfskasse für Schweizer Aerzte.

Vom 10. October bis zum 5. November habe ich an freiwilligen Beiträgen mit bestem Danke empfangen aus dem Kanton:

Aargau: Von den Herren DDr. *A. Bauer*, Sarmenstorf, 10 Fr., *Bircher*, Aarau, 20, *Fr. Vogel*, Leuggern, 10 (40, früher angezeigt 462, Summa 502).

Basel: N. N. 300 Fr., Prof. Dr. *Roth*, 20, Dr. *de Wette*, 5 (325 + 170 = 495).

Bern: DDr. *J. W. Sury*, Kirchberg, 25 Fr., *Rau*, Thun, 10, *Ernst Schärer*, Bern, 20, Prof. Dr. *Jonquière*, Bern, 20, *Herzog*, Moutier, 20, *W. vonSpeyr*, Waldau, 20, *Imobersteg*, Kirchlindach, 10, *B. Chevillat*, Porrentruy, 20, *F. Dumont*, Bern, 10, Prof. Dr. *P. Müller*, Bern, 50, *R. v. Sury*, Sumiswald, 10, *F. Ganguillet*, Burgdorf, 10, *Leuenberger*, Walkringen, 10, *Küpfer-Miescher*, Bern, 10 (245 + 1072 = 1317).

Fribourg: DDr. *Badoud*, Romont, 25 Fr., *F. Castella*, Fribourg, 20 (45 + 20 = 65).

St. Gallen: DDr. *Custer* sen., Rheineck, 20 Fr., *F. Schmid*, Altstätten, 20, *Joh. Seitz*, St. Gallen, 50, *Sonderegger*, St. Gallen, 50, *H. Wälle*, Wattwyl, 15 (155 + 455 = 610).

Genève: Prof. Dr. *P. L. Dunant*, 30 Fr., (Comité d'organisation du Congrès international d'hygiène 443. 15, vide unten) (30 + 100 = 130).

Luzern: DDr. *Jost Lisibach*, St. Urban, 10 Fr., *Rappaz*, Vitznau, 10, *Kottmann*, Kriens, 10, *Fetscherin*, St. Urban, 20, *Heinrich Attenhofer*, Sursee, 20, *Hunkeler*, Altishofen, 10, *F. Bühler*, Luzern, 10, *G. Nager*, Luzern, 40, *Carl Näf-Dula*, Luzern, 20 (150 + 220 = 370).

Neuchâtel: DDr. *König*, Locle, 10 Fr., *E. de Reynier*, Neuchâtel, 20 (30 + 113 = 143).

Solothurn: Dr. *A. Christen*, Olten, 20 Fr. (20 + 180 = 200).

Thurgau: DDr. *Iseli*, Benicon, 10 Fr., *W.* in M., 100, „Werthbühlia", Oberthurgauer Aerzteverein, 140 (250 + 130 = 380).

Uri: Dr. *Xaver Vögtli*, Andermatt 10 Fr. (10 + 10 = 20).

Vaud: Dr. *M. Dufour*, Lausanne, 100 Fr. (100 + 95 = 195).

Zug: DDr. *Sidler*, Zug, 20 Fr., *Arnold*, Zug, 15, *Isaac*, Zug, 10, *Hürlimann*, Unterägeri, 20 (65 + 25 = 90).

Zürich: DDr. *A. Nüscheler*, Zürich, 50 Fr., *J. Dubs*, Wiedikon, 10, Prof. Dr. *Krönlein*, Zürich, 50, *Goll*, Zürich, 50, *Zweifel*, Höngg, 20, *Herm. Pestalozzi*, Zürich, 100, *A. Studer*, Winterthur, 20, *A. Treichler*, Stäfa, 10, *Otto Haab*, Zürich, 30, *Esslinger*, Richtersweil, 20, *Fr. Hess*, Schönenberg, 20 (380 + 1240 = 1620).

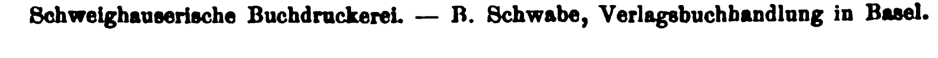
Conto pro Diverse: Comité d'organisation du Congrès international d'hygiène, réuni à Genève en Septembre 1882, pour solder et clôturer ses comptes (durch Herrn Prof. Dr. *P. L. Dunant*) Fr. 443. 15. Zusammen Fr. 2288. 15, früher angezeigt Fr. 4708. 85,[1]) total Fr. 6997.

Basel, 6. XI. 1883. Der Verwalter: *A. Baader.*

Briefkasten.

Für das **Aerztealbum** mit herzlichem Danke erhalten die Photographie von weiland Herrn Dr. *Zürcher* in Gais. — **Krankenwärterinnen.** Wo können sich Töchter aus dem Volke in der Krankenpflege ausbilden? Für Antwort wären wir dankbar. — Herrn Dr. *v. Mandach* jun., Schaffhausen: Ich dachte mir, dass auch Ihre medic. Gesellschaft von Zeit zu Zeit über ihr Thun und Treiben referiren lassen sollte, wie das von St. Gallen, Appenzell, Glarus etc. ab und zu geschieht. Eine derartige Mittheilung finden Sie in nächster Nummer. Freundl. Gruss und Dank. — Mr. le Dr. *Pégaitaz*, Bulle: Trop tard — les „Bäder etc." étaient déjà imprimés; ce n'est que dans la „Höhentabelle" et dans le „Schematismus" que j'ai encore pu corriger. L'année prochaine! mes remercîments. — Herrn Proff. DDr. *Aeby*, Bern, *Dunant*, Genf und *Osc. Wyss*, Zürich: Wir bitten um die Studentenfrequenz der medic. Facultäten. — Herrn Dr. *Zürcher*, Gais: Freundl. Dank! Solche Mittheilungen sind immer sehr willkommen. — Herrn Dr. *Bircher*, Aarau: Die Feldcorrespondenz fehlt immer noch. — Herrn Dr. *Näf*, Luzern: Wir zählen auf den Necrolog.

[1]) Durch einen Fehler des Copisten stund in der letzten Quittung Fr. 4008. 85 statt 4708. 85.
Die Vereine erhalten demnächst eine Wegleitung zur Berathung der Statuten und sind dringend ersucht, für möglichst allseitige Theilnahme an der Kasse sofort besorgt zu sein. *A. B.*



Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 23. XIII. Jahrg. 1883. 1. December.

Original-Arbeiten.

Beiträge zur Chirurgie des Magens.

Von Prof. Dr. **Theodor Kocher** in Bern.

I. Carcinoma ventriculi. Resectio pylori. Heilung ohne Complicationen.

Catharina Hebeisen von Eggiwyl, Burgdorf, 42 Jahre alt.

Anamnese vom 11. September 1883.

Pat. ist ledig, Vater und Mutter sind an Lungenentzündung gestorben. Von Tumorbelastung ist in der Familie nichts zu constatiren. Als Kind war Pat. stets gesund und kräftig.

Pat ist in ihrem 17. Jahre menstruirt worden. Die Menses waren etwas profus, allein regelmässig.

Bis zu ihrem 28. Jahre war Pat. gesund. Zu dieser Zeit fing sie ohne directe Ursachen an bleich und schwach zu werden. Vielleicht hat sie sich zu jener Zeit mehr anstrengen müssen als vorher.

Ihr Zustand blieb ungefähr der gleiche bis vor 6—7 Jahren, wo sie an Magenbeschwerden zu leiden anfing. Früher hatte sie schon Appetitlosigkeit gehabt.

Die Magenbeschwerden exacerbirten und Pat. musste sehr oft erbrechen, zuletzt täglich. 3 Jahre nachher nahmen die Symptome zu und es gesellte sich dazu Bluterbrechen und sehr hartnäckige Magenschmerzen. Der bald harte bald diarrhoische Stuhlgang war 2—3 Mal blutroth gefärbt.

Diese Symptome wurden als diejenigen eines Magengeschwürs erklärt und die Therapie wurde in diesem Sinne eingeleitet.

Darauf dauerte noch das Erbrechen fort. Im Sommer 1882 bemerkte Pat. eine kleine Resistenz im l. Hypochondrium, nicht weit von der Medianlinie entfernt. Diese Resistenz war am Anfang schmerzlos und beweglich, lag manchmal höher, manchmal tiefer.

Erst in diesem Winter (1882—1883) fing dieser Knoten an zu wachsen, wurde derber und fester. Die Schmerzen wurden immer intensiver und beraubten Pat. der nächtlichen Ruhe. Seitdem (3 Monate) hat Pat. täglich eine Morphiumeinspritzung bekommen. Jetzt erbricht Pat. fast alle Tage.

Pat. hat die Menses nicht verloren, sie sind aber schwach und unregelmässig.

Seit 2—3 Jahren wird Pat. von Zeit zu Zeit ganz gelb, und der Harn ist grünlich gefärbt. Herz und Lungen sind normal.

Urin blass, getrübt, enthält eine Spur Albumen.



17. September 1883. Eine heute vorgenommene Untersuchung des Urins auf Gallenfarbstoffe gibt negatives Resultat.

Status 13. September 1883.

In der Untersuchung ohne Narcose fühlt man unter dem l. Rippenrand einen handtellergrossen Tumor, welcher sich anscheinend gut umgrenzen lässt, mit seinem grossen convexen Rand der grossen Curvatur entsprechend.

Gegen die Wirbelsäule zu erscheint er ganz abgegrenzt und glaubt man den Anfangstheil des normalen Duodenum auf der r. Seite zu fühlen.

Beim Aufblähen des Magens mit Luft verschiebt sich der Tumor nicht abwärts. Er müsste demnach an die kleine Curvatur angrenzen und sich nach der Vorderfläche des Magens hin erstrecken.

Bei der derben Consistenz des Tumors, seiner Beweglichkeit und Lage links von der Wirbelsäule wird die Operation für indicirt gehalten, obschon Prof. *Lichtheim* der Ansicht ist, dass das Carcinom, weil auf Grund eines früheren Ulcus ventriculi entwickelt, trotz der anscheinenden Beweglichkeit erhebliche Verwachsungen darbieten möchte.

Operation 21. September.

In guter Narcose — erst Chloroform, bis zur Insensibilität, dann Aether zur Unterhaltung der Narcose — wurde ein ca. 12 cm. langer Längsschnitt bis 3 cm. unter den Nabel, durch diesen hindurchgeführt. Genaue Blutstillung wie gewöhnlich. Vor der Operation wurde im Zimmer Carbol zerstäubt, aber unter Vermeidung der directen Berührung der Wundfläche durch den Spray.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle prolabirten Dünndarmschlingen, wohl weil der Magen noch am Morgen, wie schon des Abends vorher gründlich (mit Karlsbaderwasser) ausgespült worden war. Nach Einführen der Finger wurde der Tumor sofort gefunden und liess sich derselbe ohne grosse Schwierigkeit in die Wunde führen. Es zeigte sich eine etwa apfelgrosse Geschwulst, welche einen erheblichen Durchmesser von vorne nach hinten hatte, genau bis zum Duodenum reichte und den Pylorustheil in einer Länge von etwa 7 cm. und einer Höhe von 7—8 cm. circulär einnahm. Die kleine Curvatur erschien wegen Hereinwachsens des Tumors in das kleine Netz verkürzt und kostete auch hier die Ablösung die grösste Mühe, im übrigen dagegen war der Magen sehr stark dilatirt.

Nunmehr wurde zunächst das Duodenum unter sorgfältiger Isolirung in möglichst geringer Querausdehnung und unter mehrfachen Unterbindungen mit dem Finger umgangen, und ein dicker Seidenfaden um dasselbe mässig fest zusammengeschnürt, um den Austritt des Darminhaltes zu verhüten. Dann wurde das Duodenum vom Pylorus abgeschnitten und an die zahlreichen blutenden Gefässe Arterienzangen gelegt, welche liegen blieben und das Duodenum so in der Wunde fixirten, dass von dem ziemlich reichlich producirten Schleim nichts in die Bauchhöhle gelangen konnte, welche übrigens durch carbolisirte und erwärmte Compressen hydrophilen Stoffes abgeschlossen war. Ebensolche wurden auch öfters gewärmt auf den blosliegenden Magen gelegt.

Auf der Seite des Tumors war eine kräftige grosse Arterienzange vor der Durchschneidung angelegt worden, welche die Wunde auf Seite des Magens abschloss.

Nun wurde — auch nur in der Linie vorläufig, in welcher die Trennung gemacht werden sollte — der Magen selber unten und oben und hinten umgangen und isolirt. Dabei machten die Verdickungen des kleinen Netzes, welches wie ein ver-



kürzter Klumpen erschien, die meiste Mühe. Nach Isolirung wurde die grosse *Billroth*'sche Klemmzange an der Grenze des Tumors von der kleinen Curvatur her angelegt und mit aller Kraft unter fester Zusammenquetschung der Magenwände geschlossen. Nur diejenige Partie gegen die grosse Curvatur zu, welche mit dem Pylorus vereinigt werden sollte, blieb frei und wurde in eine eigene Klammer (die *Smith*'sche Hæmorrhoidenklammer) gefasst, welche ebenfalls mit aller Kraft geschlossen wurde.

Nachdem noch auf Seite des Tumors 2 feste Klammern angelegt waren, wurde zwischen diesen und den erstern Klammern der Magen durchschnitten und unter allmäliger Lösung der Adhäsionen und Verbindungen mit grossem und kleinem Netz mit den nöthigen Unterbindungen der Tumor entfernt.

Jetzt wurde hinter der grossen Klammer eine fortlaufende *Gely*'sche Darmnaht angelegt und zwar mit einem langen festen Catgutfaden, dann die Klammer entfernt. Es trat keine Blutung ein. Die gequetschten Partien wurden nochmals mit einer fortlaufenden Kürschnernaht übernäht, um die Serosa einzustülpen und nun erst die definitive Naht nach Art der *Lembert*'schen unter Einstülpung der ganzen gequetschten Partie und Benützung der anstossenden intacten Magenwand ausgeführt. So wurde die durch Quetschung geschädigte Partie vollständig gedeckt. Jetzt wurde die Klammer von dem untern kleinen Theile des Magens abgenommen.

Es trat hier mässige Blutung ein aus der Magenwand, welche durch Unterbindung gestillt wurde. Dann wurde ohne Abschneiden der durch die Klammer gequetschten Partien die Vereinigung mit dem Duodenum vorgenommen ganz nach der Vorschrift von *Billroth* und *Wölfler*, erst mit den innern Ringnähten für die hintere Wand und den in gewöhnlicher Weise angelegten *Lembert*'schen Nähten für die vordere Wand.

Reinigung des ganzen Operationsfeldes mittelst Schwämmen aus warmem gekochtem Wasser (die Schwämme hatten zur Aufbewahrung in 10% Carbollösung gelegen) und Naht der Bauchwunde, durch 3 *Billroth*'sche Plattennähte, welche mit aller Kraft angezogen, kaum die Wundränder in vollständigen Contact zu bringen vermochten, da die Patientin bereits aus der tiefen Narcose erwacht war. Darüber eine Reihe von Seidennähten und der gewöhnliche Verband, d. h. Aufstreichen dicken Bismuthbreies, Krüll und Flanellgurt.

Der Magen war noch während der Operation mit der Schlundsonde seines Gasinhalts entleert worden.

Nach der Operation war die Patientin sehr blass, hatte aber einen regelmässigen, relativ kräftigen Puls.

Zwei Stunden nach der Operation trat ein vorübergehender Collaps ein, der sich vollständig hob. Sie erhielt gar nichts innerlich trotz ihres heftigen Durstes, dafür Klysma mit Kraftbrühe, Ei und Marsala.

Bis Abends klagte die Patientin über heftige Schmerzen, zeigte aber trotz ihres fortwährenden Stöhnens am Abend keine Auftreibung des Leibes, guten und regelmässigen Puls.

22. September 1883. Gestern Abend war Pat. ziemlich wohl. Sie hatte Schmerzen im Bauch. Der Puls war nicht frequent, voll. Pat. hat ein Klystier von Malaga und von Kraftbrühe bekommen. Um 9 Uhr lauwarmes Klystier mit 20 Tropfen Opiumtinctur.

Heute hat sie weniger Schmerzen. Sie ist ruhig, klagt über Kopfweh. Puls voll, regelmässig (88), kein Fieber.

23. September. Kein Fieber. Puls voll (84). Pat. ist ruhig. Nachmittags hat sie einen Esslöffel Kraftbrühe per os bekommen. Am Abend hatte sie 38,7 und die Ernährung per os wurde ausgesetzt. Klystier mit 2 Eiweiss und Kraftbrühe.

24. September. Heute ist die Pat. wieder fieberfrei. Puls von guter Beschaffenheit (84). Sie hat gut geschlafen.

Sie wird verbunden. Wunde sieht sehr schön aus. Keine Röthung und Oedem der Haut. Keine Blutung. Die Seidennähte werden entfernt. Bismuthbrei und Carbolkrüll und Flanellgürtel.

Am Abend hat Pat. 38,3. Puls sehr gut (84). Pat. befindet sich wohl, hat fast keine Schmerzen mehr.

Von heute an hat sie 2stündlich einen Esslöffel Kraftbrühe bekommen (4 Esslöffel). Am Abend bekommt sie noch einen Esslöffel und ein Klystier.

25. September. Pat. fieberfrei. Puls gut, ziemlich voll. Sie darf 2stündlich ungefähr 20 grmm. Bouillon bekommen. Am Abend keine Temperaturerhöhung. Seit der Operation hat sie nie erbrochen, noch Stuhlgang gehabt. Der Teint ist gelb.

28. September. Verbandwechsel. Entfernung der Plattennähte. Die Wunde ist schön verklebt. Keine Eiterung.

Die Nadelstiche werden mit Jodtinctur bepinselt wegen kleiner Gangränstellen. Bismuthbrei, Carbolkrüll und Flanellgürtel.

Pat. klagt über Schmerzen in der Gegend des Nabels. Doch ist nichts Abnormes nachzuweisen. Dagegen ist der Bauch ziemlich aufgetrieben an den untern Partien. Man sieht Darmperistaltik.

Seit der Operation hat Pat. keinen Stuhlgang gehabt. Sie wird jetzt per os genährt (Kraftbrühe, Fleischpulver, Eialbumen). Sie hat nie erbrochen. Allgemeinzustand sehr gut. Puls voll, nicht frequent (96). Temperatur normal.

2. October. Die Nadelstichwunden haben etwas geeitert, besonders links. Die Mittelwunde ist trocken, gänzlich geschlossen. Jodtinctur auf die Stichpuncte. Anderswo Bismuthbrei. Der Bauch ist nicht mehr aufgetrieben. Pat. hat noch keinen Stuhl gehabt. Sie hat etwas Harnbeschwerden.

Sie soll täglich verbunden werden bis die kleinen Stichabscesse geheilt sind.

4. October. Eiterung fast null aus den Stichöffnungen. Die Umgebung derselben etwas röthlich infiltrirt. Jodtinctur. Die übrige Wunde ist sehr schön.

Pat. bekommt jetzt kein Klystier mehr. Sie nimmt täglich 3—4 Eier zu sich mit Bouillon und Marsala.

6. October. Eiterung ist ausgeblieben. Die 3 linken Stichwunden sind jetzt von gutem Aussehen. Pat. hat seit der Operation keinen Stuhlgang gehabt. Heute soll man ihr ein Klystier mit Oel und Kochsalz administriren.

Gestern hat sie angefangen Fleisch zu sich zu nehmen.

8. October. Wunde vollkommen geheilt und trocken. Pat. kann jetzt aufstehen. Sie hat gestern einen gehörigen Stuhl nach dem Klystier gehabt. Sie befindet sich wohl, hat keine Schmerzen mehr. Die Miction geht spontan.

11. October. Pat. steht täglich 1—2 Stunden auf. Sie hat keine Schmerzen mehr, findet sich immerhin noch schwach.

15. October. Pat. hat Hunger, obschon sie Fleisch, Milchbrei, Brödchen, Eier, Brühe und Kaffee reichlich bekommt. Sie hat schon ein viel besseres Aussehen als vor der Operation, allerdings stets noch etwas gelbliche Gesichtsfarbe.

Der geschilderte Fall ist nicht der erste, bei welchem ich die betr. Operation ausgeführt habe.

Meine erste Magenresection machte ich bei einem 42jährigen Patienten, Friedrich Weber, seit 11 Monaten leidend.

Am 21. Juni 1881 Operation:

In guter Narcose 12 cm. langer Querschnitt etwa 4 cm. über dem Nabel. (Die Vereinigung ergab später wegen Zugs der Recti sehr starke Spannung.) Es zeigte sich



der linke Leberlappen mit dem Krebs verwachsen und mit erkrankt. Derselbe wurde deshalb etwas unter seiner Mitte schräg mit dem Thermocauter durchgetrennt. Einige Mal war dabei trotz aller Sorgfalt die Blutung sehr bedeutend. Wegen der Mürbheit der Leber wären Ligaturen oder sonstige Blutstillung gewöhnlicher Art unmöglich gewesen.

Da nun der Tumor in's Omentum minus und lig. hep. duodenale hineingewachsen war, so war die Grenze äusserst schwierig einzuhalten und musste die Eröffnung des Magens zuerst gemacht werden unter sofortigen zahlreichen Unterbindungen mit Catgut. Der resecirte Magen wurde vorläufig herausgelegt nach gründlicher Ausräumung mit Salicylschwämmen.

Dann wurde der Tumor ausgelöst und das Duodenum durchschnitten. Durch je 2 Fadenschlingen wurde der obere und untere Umfang des Duodenums und Magens markirt und fixirt, das Duodenum durch einen Wattebausch verschlossen.

Doppelnaht des Magens und Darms erst nur einfach durch die Dicke der Wundränder, danach die *Lembert*'sche Naht darauf gesetzt. Das Duodenum wurde eingenäht an der grossen Curvatur und es ergab sich eine sehr gute Magenform, indem der Magen im Pylorustheil darmähnlich aussah. Carbolantisepsis regelrecht. Pat. starb nach 24 Stunden in Collaps. Die Operation hatte 4 Stunden gedauert, war bei 30° C. ausgeführt worden.

Der zweite Patient, Christ. Stalder, 35 Jahre alt, ist seit 10 Monaten magenleidend. Am 23. März 1882 wurde die Operation ausgeführt:

Von einem bis etwas über den Nabel abwärts reichenden Längsschnitt liess sich der bewegliche, grosse Tumor relativ leicht vorziehen und zuerst das kleine und dann das grosse Netz abpräpariren unter doppelter Unterbindung der grossen zarten Gefässe.

Dann begann die partielle Abtrennung des Tumors an der kleinen Curvatur zuerst, wo er sich am weitesten vorstreckte (man überzeugte sich nachher, dass noch zu wenig resecirt worden war).

Es schien uns nach diesem Falle entschieden besser, erst abzuschneiden und nachher exact zu nähen.

Die Hauptschwierigkeit fand sich in dem Herausziehen des Duodenums, was so schwer gelang, dass die Naht zum Theil im Abdomen und zwar nicht mit voller Sicherheit exacter Ausführung gemacht werden konnte.

Pat. starb am andern Tage. Er hatte sehr niedrige Temperatur gehabt und im Abdomen war reichlich serösblutige Flüssigkeit angesammelt. Perforation hatte nicht stattgefunden. Dagegen zeigte sich am Magen, dass die Schleimhaut ziemlich stark klaffte, wenn auch äusserlich die Serosaschicht verklebt erschien.

Der Exitus fand seine Erklärung wesentlich in der hochgradigen Schwäche des Patienten schon vor der Operation; er war hochgradig abgemagert, hatte kachectisches Aussehen, gedunsenes Gesicht, und verdaute fast gar nichts mehr. Bei der jeden Morgen auf der internen Klinik vorgenommenen Entleerung des Magens mit der Pumpe war ein grosser Theil der am vorigen Tage zugeführten Nahrung unverändert wieder entleert worden.

Endlich habe ich in einem dritten Falle von Carcinoma ventriculi, einen 50jährigen Mann (Herr Kr. von L.) betreffend, die von *Wölfler* empfohlene Gastroenterostomie ausgeführt.

Obschon hier der Tumor nach den Seiten sehr beweglich erschienen war, zeigte er sich nach der Eröffnung der Bauchhöhle (5. Juni 1882) in einer Weise mit der Unterlage verwachsen, dass er sich nicht vorziehen liess und da ausserdem krebsige Knötchen auf dem Peritoneum und krebsige Drüsen zu sehen und fühlen waren, so wurde von Excisio pylori abstrahirt, vielmehr, da starke Stenose bestand, die Einheftung einer Dünndarmschlinge in den Magen beschlossen. Die Operation liess sich ohne grosse Schwierigkeit exact ausführen.



Pat. fühlte sich nach der Operation wohl, aber des Abends begann er schwarze, „ganz erbärmlich“ stinkende Massen zu erbrechen. Es traten Schmerzen auf und die Temperatur stieg bis zum nächsten Tage auf 39°.

Da keine peritonitischen Erscheinungen bestanden, so wurde angenommen, dass der Eintritt von Darminhalt in den Magen zu Zersetzung des Inhalts Anlass gegeben habe und beschlossen, durch Eröffnung des Abdomen und Lösung der Verbindung den alten Status quo herzustellen. Das Peritoneum erschien normal, Darm und Magen gut verklebt. Sie wurden getrennt und beide Oeffnungen für sich vernäht. Der stinkende Inhalt des Magens wurde durch die Magensonde ausgespült.

Die Besserung war bloss vorübergehend, den andern Morgen um 6 Uhr erfolgte der Tod. Die Autopsie konnte bloss sehr unvollständig gemacht werden und constatirte eine innige Verwachsung des Tumor mit dem Pancreas.

Bei dem tadellos günstigen Verlauf, welchen gegenüber unseren zwei ersten Operationen der dritte Fall von Resectio pylori genommen hat, sind wir wohl berechtigt, die dabei angewandte Methode für die richtigere zu halten. Es ist ja freilich klar, dass auch sonst der dritte Fall günstiger war, als die zwei ersten.

War doch bei dem ersten eine ausgedehnte Verwachsung mit der Leber vorhanden und bei dem zweiten der Patient bereits auf's Aeusserste erschöpft. Immerhin wird es wohl anderen Chirurgen gedient sein, wenn Jeder, dem ein gutes Resultat zu verzeichnen vergönnt ist, zunächst noch seine subjective Meinung über diejenigen Momente zur Kenntniss bringt, welche diesen Ausgang fördern halfen.

Wir haben bei diesem letzten Falle wie im zweiten einen Längsschnitt gemacht bis etwas durch den Nabel abwärts. Der Längsschnitt gibt, wie *Rydygier* mit Recht betont, besseren Zugang und lassen sich die Wundränder nachher leichter vereinigen.

Ferner wurde der Schnitt nicht länger als durchaus nöthig gemacht. Der Umstand, dass nach Vorziehen des Magens derselbe sich etwas einklemmt, ist für den guten Abschluss der Bauchhöhle vortheilhaft.

Eine wichtigere Abweichung von dem üblichen Verfahren constatiren wir darin, dass wir nicht von vorneherein eine vollständige Isolirung des Tumors vorgenommen haben, vielmehr nur an dessen Grenzen soweit als nöthig war, um die Trennung des Tumors vom Magen und vom Duodenum zu bewirken. Es ist nach letzterer viel leichter, möglichst nah dem Tumor und doch sehr exact die Adhäsionen sowohl als die natürlichen Verbindungen desselben mit grossem und kleinem Netz zu lösen und zugleich die Blutstillung exact zu besorgen.

Ein zweiter Moment ist die Anwendung von Klammern, welche wir die früheren Male nicht benutzt haben, für den Abschluss des Magens sowohl als des Stückes, an welchem der Tumor sass.

Es wird Niemand bestreiten, dass es recht schwierig ist, den Austritt von Mageninhalt bloss durch die Hände der Assistenten vollkommen beherrschen zu lassen und doch ist es gewiss für den Verlauf entscheidend, dass man in dieser Richtung sich völlig sicher stelle.

Der Hauptnachtheil der Klammern ist der, dass die Blutstillung aus den



Schnitträndern des Magens nicht ganz exacte möglich ist und daher Nachblutungen eintreten können.

Um uns gegen diese Gefahr der Blutung zu schützen und überhaupt die Blutstillung zu vereinfachen, haben wir hinter der Klammer eine *Gely*'sche Naht angelegt und zwar mit Catgut.

Diese Naht hat jede Unterbindung überflüssig gemacht. Dieselbe zeigt aber, dass wir bei Anlegung der Klammer ein ganz anderes Princip verfolgt haben, als *Rydygier*, dasjenige, welches wir in freilich unvollständiger Weise bereits bei Anlegung der Darmnähte bei Darmresection empfohlen haben.

(25. November 1883. Wir haben vor 5 Tagen eine seit 9 Tagen bestehende Axendrehung der Flexura sigmoidea operirt, wegen Gangrän den Dickdarm resecirt und die Darmenden in obiger für den Magen geschilderten Weise behandelt. Bis jetzt ist kein Zeichen von Peritonitis aufgetreten, der Darm für Stuhl und Winde gut durchgängig.)

Wir wollen nämlich die in die Klammern gefasste Parthie des Magens nicht schonen, sondern quetschen sie ungenirt zusammen, so dass ein Abschneiden derselben von der Blutzufuhr durch eine nachträgliche *Gely*'sche Naht keine weitere Schädigung darstellt. Natürlich wird durch diese Naht ein Absterben der gequetschten Parthie in grösster Ausdehnung eintreten. Damit diese nicht nothwendig in ganzer Ausdehnung zu Stande komme, wendeten wir zur Naht Catgut an, das freilich sehr zuverlässig sein muss. Es kommt dann auch kein längerer Faden in's Innere zu liegen, der in späterem Verlaufe Störungen machen könnte.

Wir haben also sowohl an demjenigen Theile des Magens, welcher von der kleinen Curvatur abwärts für sich vernäht wurde, als an dem kleinen der grossen Curvatur anliegenden Stücke, welches wir mit dem Duodenum vereinigten, einen stark gequetschten Saum der Magenwand in die durch die *Lembert*'sche Naht in gewohnter Weise geschlossenen Magen- und Darmlumina eingestülpt. Dass ein solches Verfahren zulässig ist, beweisst der Erfolg.

Das Anlegen einer *Gely*'schen Darmnaht hat den grossen Vortheil, dass ohne weitere Beihülfe von Instrumenten die beiden Wundflächen in einer Linie ausgedehnt, fest aneinanderliegend erhalten werden. Das ist ja auch der Klammer schon zu Gute zu schreiben, dass sie die Magen- resp. Darmwand dehnt und so die zusammengehörigen Theile für die Naht besser bestimmen lässt.

Den anderen Einwand gegen die Klammer puncto Raumbeengung entkräfteten wir dadurch, dass wir uns einfacher Zangen bedienten, welche blos durch einen Spalt des grossen und kleinen Netzes eingeschoben zu werden brauchten und sehr wenig Raum in Anspruch nahmen.

Bezüglich der übrigen Behandlung heben wir hervor, dass wir reichlich warme feuchte Tücher zur Bedeckung des vorgezogenen Magens und Darmes in Bereitschaft hielten, um bei der 4 Stunden dauernden Operation eine Abkühlung zu verhüten.

Die Nachbehandlung war strenger als bei *Billroth*, indem wir erst am vierten Tage Kraftbrühe innerlich gestatteten, vorher absolute Diät einhalten liessen und



die Kranke blos mit Clystieren ernährten. Seit die Patientin Milchbrod, Eier und Fleisch geniesst, vom 14. Tage ab, ist keine Störung ausser hie und da einmal vorübergehend Magenweh aufgetreten.

Erbrechen hat sich nie mehr eingestellt, während vorher täglich oder zweitäglich der Magen, sobald er sich gehörig angefüllt hatte, durch massiges Erbrechen sich entleerte.

Das herausgeschnittene krebsige Stück des Pylorus zeigt eine circuläre krebsige Infiltration der Magenwand von über 2 cm Dicke mit grobhöckriger Innenfläche mit ausgedehnter Ulceration. Die Stenose ist hochgradig, lässt nur ein Bleistift eintreten. Der Tumor schneidet am Duodenum in einer graden Linie ab. Die Untersuchung eines kleinen Stücks durch Professor *Langhans* ergab:

Ringförmiger Krebs, welcher den Pylorus umgibt, einen durchschnittlichen Breitendurchmesser von 5 cm. besitzt und nicht blos nach dem Duodenum, sondern auch nach dem übrigen Magen steil abfällt. Die Dicke seiner Wand beträgt etwa $1^1/_2$ cm., sie ist steif und starr.

Er bietet die gewöhnlichen als typisch angesehenen Charaktere eines Magenkrebses dar. Die Magenschleimhaut erstreckt sich, noch als gesonderte Membran auf der Schnittfläche nachzuweisen, auf die gewulsteten, steil aufsteigenden Randpartien, verschmilzt aber auf der Höhe rasch mit der Submucosa.

Der grösste centrale Theil der Oberfläche bildet eine ziemlich glatte, nur wenig fetzige Ulcerationsfläche.

Auf der Schnittfläche erkennt man, dass die Muscularis am Rande stark verdickt ist, in einem Bogen nach oben, nach der Ulcerationsfläche verläuft, um hier abzubrechen. Der mittlere, allerdings kleinere Theil der letzteren liegt also unter der Muscularis.

Die microscopische Untersuchung ergibt an der Oberfläche ziemlich kleine Zellnester, in mässig reichlichem Stroma, die Zellen gross, epithelähnlich, aber polymorph. Nach der Tiefe zu nehmen sie rasch an Zahl ab und finden sich dann nur noch vereinzelt, aber in allen Tiefen zerstreut.

Nach den von *Socin* in der Sitzung des ärztlichen Centralvereins in Olten am 27. October 1883 gemachten Angaben wäre bis jetzt die Pylorusresection in 34 Fällen ausgeführt mit 9 Heilungen. Da *Socin* blos 2 glückliche Fälle von Resection wegen Ulcus zurechnet, so würde noch ein dritter und meine 3 Fälle wegen Krebs hinzuzuzählen sein. Danach wären bis jetzt 34 Resectionen wegen Krebs und 4 wegen Ulcus gemacht. Von den 34 mit Magenkrebs Behafteten wurden 7 geheilt = 20,7%.

Dem gegenüber haben 4 Operationen wegen nicht krebsiger Ulcera 3 Mal glücklichen Ausgang gehabt = 75%, und der einzige Todesfall kommt auf Rechnung einer Gangræn des Colon *(Lauenstein)*, was deutlich beweist, dass es viel mehr die Complicationen, als die Resection des Magens selber sind, welche das üble Ende verschulden. Dahin gehören vorzüglich die ausgedehnten Verwachsungen mit Pancreas und Leber und der hochgradige Kräfteverfall der Kranken.

Die Operations-Methode ist von *Billroth* und seinen Nachfolgern, *Wölfler*, *Rydygier* u. A. in so vorzüglicher Weise ausgebildet worden, dass sie schon nach kaum mehr als $2^1/_2$jährigem Bestande einen hohen Grad von Sicherheit darbietet. Ueber einzelne Momente, in welchen eine grössere Einigung wünschenswerth ist, wie Schnittführung, Klammerbehandlung, Blutstillung, haben wir unsere Meinung ausgesprochen. Es ist Sache der Mediciner, die Diagnose des Magenkrebses so weit



zu vervollkommnen, dass die Operation rechtzeitig ausgeführt werden kann. Eine frühe Constatirung eines Tumors am Magen wird durch Chloroformnarcose ganz erheblich erleichtert.

(Schluss folgt.)

Grundsätze zur Behandlung des Eczem's.

Von Prof. Dr. **Rud. Massini** in Basel.

(Schluss.)

Sehr mannigfaltig sind die Gelegenheitsursachen der Eczeme und wenn wir einestheils solche bei disponirten Individuen auch ohne jeden äussern Reiz entstehen sehen, so wird anderntheils je nach der individuellen Disposition derselbe Reiz bald spurlos vorübergehen, bald wird er nur ein leichtes Erythem der Haut veranlassen, bald aber zu mehr oder weniger stürmischen, mehr oder weniger ausgedehnten Dermatitiden führen; es werden wiederum diese in manchen Fällen mit dem Schwinden des Reizes wieder zurückgehen, oder aber es wird eine chronische Dermatitis, ein chronisches Eczem zurückbleiben; dieses letztere wird um so leichter und um so häufiger der Fall sein, je öfter vorübergehende Reize auf dieselben Hautpartien zur Einwirkung kommen und je kürzer die Intervalle sind, die zwischen den Reizeinwirkungen liegen.

Zu dieser Art der Eczeme gehören die Berufseczeme der Kaminfeger, der Färber, der Schreiner und Drechsler, der Bäcker, der Wäscherinnen u. s. w. und die Behandlung derselben wird um so mehr Schwierigkeiten bieten, je weniger wir im Stande sind, den Schädlichkeiten vorzubeugen. Ist es doch für einen gewissenhaften Arzt stets eine schwere Sache, einem Kranken den Wechsel seines Berufes vorzuschlagen, wenn er die Opfer bedenkt, welche die bisherige Ausbildung desselben, wenn vielleicht auch nicht an Geld, so doch an Zeit gekostet hat, wenn er überlegt, wie schwer einem nicht mehr ganz jungen Arbeiter das Ergreifen einer neuen Thätigkeit ist, in der er jüngern, kräftigeren Individuen mit Beschämung nachstehen muss, wie unmöglich auch oft, für einen Familienvater oder eine arme Wittwe, die sich und ihre Kinder mit der Hände Arbeit, z. B. durch Wäschen erhalten muss, sich anderweitigen Verdienst zu schaffen.

In andern Fällen ist es nicht mehr der traumatische Reiz, der im Anfang das Eczem hervorgerufen hat, welcher ein Weiterbestehen desselben veranlasst, sondern ein neuer, durch die Hautkrankheit selbst veranlasster, das Jucken nämlich, welches zu Kratzen führt und welches oft in augenfälligster Weise Eczeme unterhält, ja selbst solche hervorrufen kann, da wo keine Hautaffection bestanden hatte, wie wir dies namentlich beim Pruritus pudendorum sowie bei den Eczemen oft heftigster und schmerzhaftester Natur sehen, welche leichte Hæmorrhoidalknoten begleiten und welche in erster Linie durch Kratzeffect zur Befriedigung des jene begleitenden Juckreizes hervorgerufen werden.

Wir werden daher solchen Eczemen am kräftigsten steuern, wenn wir versuchen, das Jucken zu vermindern und wo dies durch örtliche Therapie nicht möglich ist, wird uns die Carbolsäure, innerlich genommen, oft vorzügliche Dienste leisten.



Hiezu unter vielen nur ein illustrirendes Beispiel:

Fr. Chrysostomus, 48 Jahre alt, Landwirth, stellte sich am 3. November 1882 mit einem ausgedehnten Eczem um den Anus und am Scrotum vor, es wurde Ung. praec. albi 1 : 20 verordnet.

Am 11. November sandte derselbe seine Frau, er sei bettlägerig, der Ausschlag sei viel ärger geworden, stellenweise starke Eiterung.

Die Verordnung wurde nun direct gegen das Jucken gerichtet und dem Patienten Carbolpillen und ein Streupulver aus Talcum venetum verordnet.

Erst am 2. Februar 1883 sah ich den Kranken wieder, der angab, es sei ihm auf die letzte Verordnung der Ausschlag sofort geheilt, und um Wiederholung des inzwischen verlorenen Receptes bat, da er wieder Jucken spüre.

Die Carbolsäure war anfänglich von *Hebra* und *Kaposi* in der Meinung bei Behandlung der Hautkrankheiten eingeführt worden, dass, da Theerpräparate bei äusserlicher Application gute Dienste leisten, eine innerliche Behandlung mit einem ähnlichen Präparate vielleicht noch günstigere und dauerndere Heilerfolge aufweisen werde und sie wählten die Carbolsäure, weil sie leichter zu nehmen sei als Theer und seine Substitute.

Ob nun die Carbolpillen, wie aus manchen Fällen hervorzugehen scheint, einen solch' directen heilenden Einfluss auf Eczeme haben, wage ich nicht zu entscheiden, da ich in dem Bestreben, die Kranken so bald als möglich von ihrem lästigen Leiden zu befreien, selten nur Carbolsäure allein gab; immerhin sprechen dafür Beispiele, wie das folgende:

Frau H., 44 Jahre alt, in E., wird am 27. Januar 1883 untersucht; sie zeigt ein ausgedehntes Eczem des Gesichts, besonders um Stirn und Augen, sowie am Halse. Therapie: Ung. praec. albi.

29. Januar. Vermehrtes Brennen, heftige Schmerzen im Gesicht. Ung. Hebrae wurde aufgelegt und Carbolpillen verordnet.

Am 10. Februar. Bedeutende Besserung.

Am 24. Februar. Nach Aussetzen der Pillen neue Eruptionen, Haut stark geröthet, juckend. Therapie: Ung. Wilsoni.

3. März. Keine Besserung, neues Eczem über das ganze Gesicht. Therapie: Pil. Carbol. wieder aufgenommen und Streupulver mit Talc. 50,0, Zinc 2,0.

24. März. Viel besser, Haut noch leicht abschilfernd. Pil. asiaticæ und Ol. naphthol. Seither habe ich die Patientin nicht mehr gesehen.

W., Joseph, Färber. 14. November 1882. Acutes impetiginöses Eczem an beiden Vorderarmen, theilweise auch im Gesicht, besonders an der Oberlippe. Pil. Carbol. mit Aloë. Ung. Hebræ.

4. Dezember. Anfangs und so lange Patient die Pillen nahm, bedeutende Besserung, seit 3 Tagen wieder neue Eruptionen. Soll fortfahren.

7. December. Bedeutende Besserung.

Frau W. G., 52 Jahre alt, Marktfrau in W., kam am 1. März 1883 mit einem seit 3 Monaten bestehenden Eczem des behaarten Kopfes und der Ohren zu uns. Therapie: Pil. Carbol. und Ung. praec. albi.

20 März. Es war, trotz unvollkommener Anwendung der Salbe, welche sich nicht leicht auf die behaarte Kopfhaut appliciren liess, ganz erhebliche Besserung eingetreten und bestand nur noch eine etwas reichliche Schuppenbildung, gegen welche ein Kopfwasser mit Ol. rusc., Sapon. kalin. āā 10,0 Spir. concentr. 120,0 vorgeschrieben wurde.

Ich pflege jeweilen ziemlich grosse Dosen von Carbolsäure zu geben, indem ich in der Regel folgendermaassen verordne:

Acid carbol. 4,0; Boli albæ q. s. ut fiant pil. Nr. 60. D. S. 3 × 2 Pillen je nach dem Essen zu nehmen, also 4 Decigramm pro die und 13 Centigramm pro dosi, dazu wähle ich ausschliesslich die englische Carbolsäure und zwar die



als Nr. 1 bezeichnete des Hauses Calvert in Manchester und füge daher jeweilen der Verordnung die Bezeichnung „(Calvert Nr. 1)“ bei. Im Ganzen wird diese Dosis von Erwachsenen gut ertragen und nur ausnahmsweise habe ich Verdauungsstörungen, Pyrosis, Appetitlosigkeit, Druck im Epigastrium u. s. f. beobachtet. Bei Kindern unter 10 Jahren habe ich nie Carbolsäure angewendet.

Werfen wir noch, um die interne Therapie bei Eczem zu Ende zu besprechen, einen kurzen Blick auf die Anwendung der Abführmittel. Es ist Ihnen wohl bekannt, dass dieselbe in früherer Zeit und beim Publikum auch jetzt noch bei Behandlung von Hautaffectionen in grosser Ehre und Ansehen stehen, und dass gegen Flechten aller Art vom Schlüsselblumen- und Stiefmütterchenthee an durch das Schlehenblust bis zu Senna und Holztränken alle möglichen Arten von Blutreinigung angewendet wurden und noch werden. Sie wissen auch, dass es als geradezu gewagt galt, länger dauernde und verbreitete Eczeme durch äussere Behandlung allein zur Heilung zu bringen und dass man mit solch' raschen Heilungen alle möglichen Entzündungen und Krankheiten der innern Organe in Verbindung brachte. *Hebra* hat all' diesen Anschauungen durch sein energisches Eintreten für ausschliesslich örtliche Behandlung bei den Aerzten einen vernichtenden Schlag versetzt und es wäre gewagt, einer Autorität von dem Namen und der Erfahrung *Hebra*'s gegenüber aufzutreten, wenn eine gegentheilige Behauptung sich nicht auf zahlreiche und wohlbeobachtete Fälle bezieht.

Bei dem häufigen Auftreten von Meningitis tuberculosa unter scrophulösen Kindern, bei der grossen Neigung dieser Kinder zu Eczemen, welche in manchen Fällen noch durch eminente Unreinlichkeit der Pfleger vermehrt wird, dürfte ein Coincidiren beider Affectionen so gar selten nicht sein und es würden nur sehr grosse statistische Zahlen hier einen sichern Anhaltspunct geben. Lassen wir daher diese Frage unerörtert, so scheint es doch, dass sowohl bei sehr stürmisch auftretenden Eczemen ab irritamentis externis als bei länger dauerndem chronischem Eczem scrophulöser oder speciell disponirter Individuen, im ersten Falle ein in antiphlogistischer Weise wirkendes Derivans auf den Darm entschieden die Heftigkeit der Hautentzündung mildern kann, im zweiten Fall aber oft durch fortdauerndes gelindes Abführen allein, wie durch den Gebrauch von Holztrankcuren anhaltende Besserung erzielt wird.

Für letztere 2 Beispiele:

J. E., 10 Jahre alt, leidet seit Jahren an Eczema universale, bald mehr, bald weniger lästig, meist als trockene Form bestehend. Nachdem während des ganzen Winters 1881/82 Ol. jecoris war genommen worden, trat bedeutende Recrudescenz schon im Januar 1882 auf und wurde zunächst, 21. Januar 1882, mit Ung. præc. alb., sodann bei Zunahme der Affection, 3. März 1882, mit Ung. Wilsoni behandelt, dabei Ol. jecoris stets weitergegeben.

17. März. Das Eczem wird immer ärger, Gesicht, Hals und Schultern mit starkjuckendem, trockenem Eczem bedeckt. Ordination:

Herba gratiolæ 10,0
Herba centaurii minor.
Herba violæ tricolor. $\overline{aa}$ 20,0

kaffeelöffelweise zum Thee, worauf sofort eine erhebliche Besserung eintrat, die freilich im Herbst, selbst nach einer sonst gut ertragenen Schinznachercur wieder einer bedeutenden Verschlimmerung wich.



Ein anderer Fall betraf eine elsässische Wirthstochter, K. aus B., welche an einem ungemein hartnäckigen Eczem leidet, das fast anhaltend seinen Sitz an den Händen hat, zeitweise aber von hier sich ausbreitet und unter heftigem Jucken und Brennen oft grössere Körperparthien überzieht. Die Patientin hatte schon Carbol und Arsen in allen möglichen Formen und sämmtliche äusserlichen Medicationen gegen ihr Leiden zu Felde geführt und aus purer Verzweiflung gab ich ihr bei einer neuen, sehr heftigen Eruption am 11. November 1882 Species laxantes St. Germain, worauf ganz erhebliche Beruhigung eintrat, welche über einen Monat anhielt, dann freilich wieder neuen Ausschlägen wich.

Nachdem ich im Vorhergehenden die wesentlichsten Puncte der internen Behandlung in Kürze besprochen, wobei vielleicht noch im Vorbeigehen der Vorschlag *Lewin*'s zu erwähnen wäre, bei chronischen Eczemen gegen die von ihm dabei supponirte Schwäche der gefässverengernden Nerven Ergotin zu geben, erlaube ich mir die örtliche Therapie einer kurzen Kritik zu unterwerfen.

Die Zahl der hier angewendeten Mittel ist eine relativ grosse und doch dürfte es leicht sein, für den betreffenden Fall in der Regel das Richtige zu treffen.

Je acuter das Eczem ist, je frischer sein Ursprung, je sensibler die Haut des Kranken, um so vorsichtiger werden wir mit der örtlichen Behandlung vorgehen müssen; dies geschieht in schonendster Weise dadurch, dass wir die erkrankten Stellen zu bedecken suchen und ihnen dadurch Schutz gewähren vor neuen Insulten. Hiezu dient uns in erster Linie das Bestreuen mit Poudre, einem äusserst feinen Pulver, das möglichst indifferent sein muss; am zweckmässigsten erscheint ein nicht parfümirtes Reismehl, Poudre de fleurs de riz, da bei bedeutendem Reizzustand der Haut schon ein gelinder Zusatz eines ätherischen Oeles als Parfüm entzündungsvermehrend wirken kann; das Reispulver hat den Vortheil, dass es sich weniger zusammenballt, als Weizen- oder Bohnenmehl, doch können auch letztere Mehle in Ermangelung eines andern verwendet werden.

Ein sehr zweckmässiges Streupulver bildet auch der Talk, der, wenn sehr fein zertheilt, den Vortheil bietet, die Hautflächen glatt zu machen und sich daher besonders für jene Stellen eignet, wo Reibungen leicht vorkommen, also bei Intertrigo u. s. w.

Mit diesem Streupulver werden theils in præventiver, theils in curativer Absicht allerlei andere, meist antiseptische und adstringirende Mittel verbunden, welche, wie beispielsweise die Salicylsäure, die Bestimmung haben, die Zersetzung des Hautsecretes in reizende Fettsäuren zu verhindern, theils, wie Tannin und Alaun, die übermässige Schweisssecretion beschränken sollen, theils auch adstringirend auf die entzündete Haut zu wirken bestimmt sind, wie Tannin, Zinc. oxydatum, Bismuthum subnitricum u. a. m. Bei sehr heftiger Hautreizung können alle diese Zusätze Vermehrung der Entzündung bewirken und sie eignen sich daher vorzugsweise für prophylactische Zwecke und für subacute Fälle; wir setzen sie dem Streupulver im Verhältniss von 4 bis höchstens 10% zu.

Als weitere Deckmittel wären zu nennen die Fette, und da diese sich meistens leicht zersetzen und zu höchst reizenden Fettsäuren sich umwandeln, so hat man stets Präparate gesucht, welche möglichst gut sich conserviren. Von den flüssigen Fetten eignet sich für Eczembehandlung nur das Olivenöl und das Süssmandelöl und auch bei ersterem darf über die Reinheit kein Zweifel bestehen. Die schonende Application eines flüssigen Fettes mittelst eines Pinsels liessen dieselbe be-



sonders geeignet für empfindliche Hautpartien erscheinen, wenn nicht der Nachtheil zu raschen Eintrocknens und die allgemeine Erfahrung diese Tugend verdunkelte. Immerhin wird bei empfindlicher Haut, oder bei normaler Haut, wenn dieselbe starken Reizen ausgesetzt wird, durch Einölen nicht selten der Ausbruch eines Eczems vermieden, z. B. des Eczema solare bei Gletschertouren u. s. w.

Statt dieser Oele wird auch Glycerin angewendet, welches den Vortheil bietet, dass es sich sehr gut erhält, und welches so hygroscopisch ist, dass die bestrichenen Partien dadurch feucht erhalten werden; gerade aus diesem Grunde aber passt Glycerin weniger für Hautflächen, die einander berühren, da durch das klebrige Mittel die Friction eher vermehrt wird; aber auch sonst gibt es oft Fälle, besonders acuter Eczeme, wo Glycerin die Entzündung mächtig steigert; so habe ich selbst einmal ein Eczema solare meines Gesichts mit Glycerin behandelt und darauf ein höchst schmerzhaftes bullöses Erythem bekommen, das mich fast 14 Tage von der menschlichen Gesellschaft ausschloss.

Bei chronischen Eczemen besonders der arbeitenden Classe, speciell bei Berufseczemen von Leuten, deren Hände mit ätzenden und macerirenden Stoffen, andauernder Feuchtigkeit, Laugen etc. in Verbindung stehen, verwende ich namentlich gern und oft mit grossem Erfolg das Ol. jecoris. Da dasselbe thierische Membranen besonders leicht durchdringt, so imprägnirt es sich auch leicht in die Haut und wenn auch nach dem Einfetten derselben die Hände vollständig trocken abgerieben werden, bleibt doch die Haut weicher und resistenter und der Erfolg hat mir sehr oft meine hypothetische Annahme bestätigt. Zur Verdeckung des abscheulichen Geruches setze ich 1% Ol. amygd. amarar. bei und wähle vorzugsweise die reineren, hellern Sorten.

Von halbfesten Fetten in Salbenform gibt uns die Natur nur das Ol. cocos und die Axungia porci, beide eignen sich wenig zur Behandlung der Hautkrankheiten und zu Salbengrundlagen, weil sie leicht zersetzlich sind. Mit um so grösserem Enthusiasmus wurde ein Präparat begrüsst, das in Bezug auf Consistenz allen Anforderungen einer vorzüglichen Salbe entspricht, mit diesem Vortheil denjenigen grosser Constanz verbindet und im Ganzen wenig reizend auf die Haut einwirkt, auch den Chemikalien gegenüber sich sehr indifferent verhält. In der That besitzen wir im Vaseline eine vorzügliche Salbengrundlage für gesunde oder wenig gereizte Haut, ja sie wird sogar von verschiedenen Seiten als ein vorzügliches Conservirungsmittel für die Haare empfohlen. Am liebsten verwende ich Vaseline als Grundlage an Orten, wo die Hautsecrete eine rasche Zersetzung aller übrigen Salben veranlassen können, bei Intertrigo und bei wunden Füssen; dagegen habe ich Fälle gesehen, in denen Salben mit Vaselingrundlage das bestehende Eczem immer mehr und mehr steigerten und verbreiteten, wie wir ja auch vom festen Paraffin hie und da sehr heftige Hautreize auftreten sehen.

Als indifferente Salbengrundlage bietet uns die schweizerische Pharmacopœ 1. das ceratum simplex, aus 1 Theil Wachs und 6 Theilen Schweinefett bestehend, dasselbe ist oft ranzig und daher für eine kranke Haut in der Regel unbrauchbar.

2. Das ceratum Galeni oder Ung. rosatum: ceræ albæ lotæ 5,0; Ol. amygd. dulc. 20,0; Aq. rosar. 15,0 und



3. das Ung. refrigerans oder Ung. leniens: ceræ albæ lotæ 1,0; Cetacei 2,0; Ol. amygd. 12,0; Aq. rosar. 6,0.

Das erstere von festerer, das letztere von weicherer Consistenz, letzteres daher besonders da als Grundlage zu empfehlen, wo eine weiche Salbe mit dem Pinsel etwa in den Gehörgang, in die Nase etc. bei Eczemen dieser Partien muss eingestrichen werden.

Bei empfindlicher Haut genügt in beiden Salben der Zusatz der Aqua rosarum, um zu reizen und verbietet uns die Anwendung dieser sonst sehr constanten und gut sich haltenden Präparate; das Gleiche muss gesagt werden vom Ung. Glycerini, aus 1 Theil Amyl. tritici, 1 Theil Wasser, 4 Theilen Glycerin bestehend, welches ebenfalls, obgleich sehr constant, doch wie Glycerin selbst zeitweise stark reizend wirkt.

Als indifferenteste, am wenigsten reizende und sehr gut sich conservirende Salbengrundlage ziehe ich bei weitem das Unguentum Cetacei oder Ung. album londinense vor, aus 50 Theilen Ol. amygd., 12 Theilen Cera alba lotæ, 15 Theilen Cetaceum bestehend, ohne jedes Parfüm, welches leider nur im Supplement unserer Pharmacopœ enthalten und daher nicht überall mit Sicherheit zu bekommen ist.

Von den festern Fetten erwähne ich nur der Cacaobutter, welche bei gewöhnlicher Temperatur fest, bei der Körpertemperatur aber flüssig ist, und daher ganz besonders gut sich zu prophylactischen Einreibungen der Haut gegen Eczema solare, Intertrigo, Eczem der Füsse etc. eignet, indem es gleichzeitig die guten Eigenschaften leichten Transportes (bei Alpentouren und Militärdiensten), angenehmen Geruches, grosser Reizlosigkeit und guter Haltbarkeit verbindet.

Neben der Indication, die eczematös erkrankte Haut einfach zu bedecken, wird uns meistens auch zunächst die Application leicht adstringirender Mittel wünschbar erscheinen und es stehen in dieser Richtung bei Behandlung der Eczeme die Bleisalben obenan, vor Allem das von *Hebra* als indifferenteste aller Decksalben bevorzugte und nach seinem Namen bezeichneten Ung. diachylon. In der That gibt es wenig Fälle, in denen eine gute Hebrasalbe nicht sänftigend und günstig auf eczematöse Haut einwirkte und in ungemein vielen Erkrankungen genügt die einfache Application von Ung. Hebræ, um ein Eczem ohne weiteres und bleibend zur Heilung zu bringen. Leider kleben auch dieser hochberühmten und für die Behandlung von Hautkrankheiten fast unentbehrlichen Salbe allerlei Mängel an; der eine liesse sich leicht vermeiden, es ist der, dass unsere Pharmacopœ, welche übrigens die Hebrasalbe nur im Supplement führt, zwei Arten der Bereitung kennt, nämlich die directe, durch anhaltendes Zusammenkochen von 100 Lithargyrum mit 400 Ol. olivar und Zusatz von 8 Ol. lavand. und die indirecte, ex tempore bereitete, wobei je 50 Theile Emplastr. Plumb. simpl. (Empl. plumb. simpl.: Plumb. oxyd. 10,0, Ad. suill. 9,0, Ol. olivar 9,0, Aq. font. 2,0), Ol. olivar. und 1 Theil Glycerin bei mässiger Wärme gemischt werden. Die erstere, welche allein für Eczembehandlung taugt, ist eine nahezu weisse Salbe, von völlig homogener und zäher Consistenz; letztere dagegen eine krümlige, grauröthliche Masse, welche bei Application auf eine kranke Haut mehr schadet als nützt; es sollte



daher diese letztere Bereitungsart total ausgeschlossen werden; ein weiterer, schwerer zu überwindender Nachtheil ist der, dass auch die gute Hebrasalbe nicht sehr haltbar ist, und relativ bald verdirbt. Man hat versucht, diesem Uebelstand durch eine mit Vaseline bereitete Hebrasalbe zu steuern, welche besteht aus Empl. plumb. simpl. 3,0, Vaseline 2,0, Ol. bergamott. 0,05, welches Präparat in der That in manchen Fällen sehr gute Dienste leistet. Endlich ist für manche Fälle der Zusatz des Lavendelöls nicht allein für die Nase unangenehm, sondern er genügt auch, um bestehenden Hautreiz zu vermehren.

Bei sehr acuten Dermatitiden ab irritamentis externis ziehe ich daher vor, zunächst die erkrankte Haut nur zu poudern und sofort beim Apotheker ein Ung. Hebræ sine ol. lavandulæ bereiten zu lassen, auch auf die Gefahr hin, dass der Patient einige Stunden warten muss; der Unterschied der Wirkung ist ein eclatanter und habe ich denselben ganz besonders in jenen Fällen schwerer progressiver Dermatitis constatiren können, wie sie etwa nach Application von Arnica nicht selten, weniger häufig zum Glück nach Jodbepinselungen, nach Carbolmullverbänden u. s. w. sich zeigen.

Als allgemeine Regel gilt bei empfindlicher Haut, dass die Salbe nicht eingerieben, sondern auf Leinwand gestrichen fest aufgebunden werde; in neuerer Zeit werden die *Unna*'schen Pflastermulle zu diesem Zwecke besonders empfohlen.

Wenn wir nun, wie oben bemerkt, für acute und subacute Eczeme eine gut zubereitete Hebrasalbe als vorzüglichstes Mittel in erster Linie anwenden und empfehlen, so gibt es doch genug Fälle, wo wir damit nicht auskommen und wo wir zu andern Mitteln greifen müssen. Zunächst sei bemerkt, dass bei acuten Eczemen manchmal, besonders nach Einwirkung thermischer Reize, die Application von kalten Umschlägen, die später in *Priessnitz*'sche übergehen können, vorzüglich erleichternd wirkt, und dass diese kühlende Wirkung wohl auch unterstützt werden kann durch einen Zusatz von Acet. Saturni zu 1%. Bei Einwirkung chemischer Reize auf die Haut kann auch ein warmes Bad durch Auslaugen der mit Reizstoffen imprägnirten Haut die Heilung mächtig befördern; in manchen Fällen freilich wird die Eczemeruption durch jede Wasserapplication vermehrt. Unter allen Umständen ist w e i c h e s Wasser, oder wo solches fehlt, gekochtes Wasser, wohl auch ein Decoct von Herba malvæ oder von Kleie, Furfur tritici, zu nehmen.

Statt der Hebrasalbe habe ich oft, besonders bei jugendlichen Individuen, die *Wilson*'sche Salbe besonders bewährt befunden und wende sie namentlich gerne, nach Entfernung der Kruste durch Aufweichen mittelst Ol. olivar. bei Impetigo faciei an; nach *Wilson* wird dieselbe durch Auflösen von 1 Theil Resina benzoës in 48 Theilen Ung. cetacei und Zufügen von 8 Theilen Oxyd. Zinc. bereitet, ich verwende gewöhnlich: Zinc. oxyd. 4,0, Ung. cetacei 30,0, Resin. benzoe 1,0 M. leni calore D. S. zum Auflegen.

Auch bei stark nässenden Eczemen von Erwachsenen erweist sich die *Wilson*sche Salbe ganz zweckmässig, kann aber hier manchmal durch die billigere officinelle Zinksalbe ersetzt werden, wenn das acute entzündliche Stadium vorüber ist.

Von andern metallhaltigen Salben sind noch zu nennen die der Zinksalbe in ihrer Wirkung ähnliche Bleiweisssalbe, ferner das Ung. plumbi (Ceræ albæ lotæ,



2,0, Ol. olivar. 6,0, Aq. rosar., Acet. saturn. āā 1,0), welches namentlich bei chronischen Eczemen an den Händen der Färber bei uns sehr beliebt ist, und last not least das viel gebrauchte Ung. præc. albi, das der ausserordentlich warmen Empfehlung *Niemeyer*'s wohl vorzüglich seine grosse Beliebtheit verdankt.

Es ist keine Frage, dass in manchen Fällen besonders nicht zu alter chronischer Eczeme die weisse Præcipitatsalbe vorzüglich wirkt, doch steht sie bei frischen Eczemen einer guten Hebrasalbe weit nach, weil sie häufig, selbst wenn vorsichtig und verdünnt applicirt, Vermehrung der Hautentzündung veranlasst, sodann weil sie bei sehr inveterirtem Eczem, sobald Infiltration der Haut besteht, selten genügt.

2 Fälle von Vermehrung von Eczem unter Behandlung mit Ung. præc. albi habe ich oben erwähnt. Ueber einen ähnlichen Fall wurde mir heute berichtet; es handelte sich um einen Bauern M., 50 Jahre alt, in Oberhagenthal, der vor 14 Tagen bei uns war, mit theilweise infiltrirtem Eczem an den Oberschenkeln, den Knieen und einem abschuppenden Eczem der Rima ani. Ich hatte dem Patienten Ung. præc. albi 1 : 80 und gleichzeitig Pil. asiaticæ verordnet. Heute nun schickte er seine Schwester, er könne es nicht mehr aushalten vor Schmerz und Brennen, er werde noch ein Narr, der Ausschlag nässe nun und alles sei voll Eiter; ich änderte natürlich die Behandlung und verordnete Carbolpillen mit Aloe, und Talc 50 mit Zinkoxyd 2.

Am liebsten verwende ich Ung. præc. albi bei jenen Eczemen, welche Epizoen begleiten, besonders bei den Pediculi capitis sowohl als pudendorum, weil es hier gleichzeitig die Eczemerreger tödtet; sowie bei wenig ausgedehnten und wenig infiltrirten chronischen Eczemen.

Wo in chronischen Fällen das weisse Præcipitat nicht genügt, kann man es mit Sublimat versuchen, den man in schwach alcoholischer Lösung 1 : 500 aufpinseln lässt, und der den Vortheil hat, farblos und geruchlos zu sein und das Jucken ziemlich zu vermindern; am häufigsten sah ich Erfolg bei jenen trockenen Eczemen älterer Leute, die früher fett, allmälig mager geworden, in Folge Entspannung der Haut Jucken und consecutive Eczeme bekommen hatten; meist combinirte ich diese Behandlung mit Aufstreuen von Poudre.

Man hat früher bei all' den bisher erwähnten Salben, die ja sämmtlich mehr oder weniger gefährliche Gifte enthalten, sich vor den Intoxicationen gefürchtet, sobald man genöthigt war, grössere Hautpartien damit zu bedecken; ich halte diese nach meiner Erfahrung für ausserordentlich selten und erinnere mich beispielsweise nur eines einzelnen Falles von erheblicher Stomatitis nach mehreren über den ganzen Körper ausgedehnten Einreibungen mit Ung. præc. albi; eine Bleivergiftung nach Application von Ung. Hebræ erinnere ich mich nicht gesehen zu haben.

In einzelnen Eczemfällen, besonders des behaarten Kopfes mit starker Schuppenbildung, aber auch bei nässenden Eczemen derselben wird von *Neumann* Borax empfohlen, nach der Formel: Alumin. crudi, Boracis āā 4,0, Glycerin. 60,0, 2 Mal täglich aufzupinseln; wie Ihnen bekannt, steht Borax seit langer Zeit im Rufe eines schönheitsconservirenden Mittels.

Lassen nun die bisher erwähnten Mittel alle im Stiche, so werden wir, wo wir es mit sehr stark infiltrirten Eczemen zu thun haben, zunächst eine Maceration der Haut anzustreben suchen; diese kann geschehen in mildester Form durch lang



dauernde warme Bäder und erweisen sich hier Badeorte, die für solche Bäder eingerichtet sind, wie in erster Linie Leuk, oft als sehr nützlich. Bei weniger ausgedehnten Eczemen können wir auch *Priessnitz*'sche Umschläge zur Aufweichung verwenden, oder wir empfehlen gleichzeitig zur Erweichung und zur Resorption Regendouchen, nach *Hebra*'scher Vorschrift täglich 2—3 Mal applicirt, je 10 Minuten lang in einem erwärmten Saale genommen, eine übrigens sehr strapaziöse Cur. Widersteht aber die infiltrirte Haut, so fügen wir lösende Zusätze bei, indem wir Umschläge mit Kali carbonicum-Lösung (1 Esslöffel auf 1 Liter Wasser) appliciren, Einreibungen mit Schmierseife machen, mit nachfolgendem Abwaschen und kalten Umschlägen, bei sehr hartnäckigen Infiltraten binden wir Schmierseife auf Leinwand gestrichen auf; nach Erweichung der Haut, nach Zerstörung der infiltrirten Epidermisschicht, nach Entfernung der Schuppen liegt dann eine glatte Fläche vor uns, auf welche wir wieder theils adstringirende, theils umstimmende Präparate auflegen können.

Eine besonders wirksame Maceration der Haut, welche namentlich bei chronischen Eczemen der Hand angewendet wird und in sehr resistenten Fällen auch zu empfehlen ist, wird erzielt durch das Tragen vollständig impermeabler Handschuhe, wodurch die Epidermis völlig erweicht und in eine äusserst übelriechende schmierige Masse aufgelöst wird, unter der oft nach genügend langer Application eine gesunde Haut zum Vorschein kommt. Nachtheile dieses Verfahrens sind einmal der Umstand, dass der Kranke sich eben während der Curdauer seiner Hände nicht bedienen kann und dann der fürchterliche Gestank, der sich unter dem Caoutchouc-Handschuh entwickelt.

Genügt die Maceration allein nicht, so verwenden wir nun vorzugsweise in chronischen Eczemfällen die Theerpräparate und ihre Derivate, indem wir dieselben theils in alcoholischer Lösung (Pic. liquid., Spirit. concentr. $\overline{aa}$) aufpinseln, theils als Zusatz einer der oben erwähnten Salben zu 10—50% beifügen, und die betheerten Stellen nachher kräftig bepoudern; hieher gehören zunächst Pix liquida und die empyreumatischen Oele der Birke, das Ol. betulinum oder Ol. Rusci und des Juniperus oxycedrus, das Ol. cadinum; diese letztern zeichnen sich vor dem gemeinen, aus Tannenholz destillirten Theer aus durch einen etwas weniger unangenehmen Geruch, immerhin ist derselbe noch so prononcirt, dass wir eine Theerbehandlung kaum bei einem Menschen durchführen können, der seinem Berufe nachgeht, es sei denn derselbe ein Dohlenputzer oder ein Pferdeknecht, bei denen der Geruch nicht mehr auffällt, und man war daher von jeher bemüht, diese Präparate durch andere Derivate der trockenen Destillation zu ersetzen. Es wurde zunächst von *Pereira* das Resineon empfohlen, dasselbe ist zwar nahezu farblos, riecht aber fast noch intensiver als die Theerarten und reizt die Haut bedeutender; von Naphthalin, $C_{10}\ H_8. = H_4\ C_4.\ C_2.\ C_4\ H_4$, das neuerdings zur Albocarbonbeleuchtung, sowie zur Herstellung zahlreicher Farbstoffe, wie des Tropaeolins, verwendet wird, rühmen *Veiel, Emery* und Andere günstige Wirkungen bei Eczem in Salbenform 1 : 20. Das Mittel ist farblos, krystallisirt in schönen rhombischen Plättchen, riecht aber noch ziemlich intensiv, wenn auch nicht gerade unangenehm; ich habe darüber keine eigene Erfahrung.



Die Carbolsäure (C_6 H_6 O), welche local ebenfalls vielfach empfohlen wurde und den grossen Vortheil sehr mässigen Geruches und auch bei örtlicher Application auffallender anästhetischer Wirkung hat, konnte sich doch nie einer allgemeinen Anwendung bei Eczem erfreuen, weil eben die Heilresultate bei äusserlicher Carbolbehandlung derjenigen von Pix weit nachstanden, und Carbol gegentheils das Eczem oft vermehrt; dagegen sind bei stark juckenden trockenen Eczemen Abwaschungen mit 2% wässriger oder schwach alcoholischer Lösung zur symptomatischen Erleichterung sehr zu empfehlen.

In den letzten Jahren nun wurde das Naphthol empfohlen und von *Kaposi* namentlich auf *Ludwig*'s Anregung hin in zahlreichen Fällen versucht und das Resultat dieser Untersuchungen in 2 Malen publicirt. (Wiener med. Wochenschrift 1881 Nr. 22—24 und 1882 Nr. 30—31.)

Das Naphthol, C_{10} H_7 OH, das verwendet wird, ist das sogenannte Isonaphthol oder β Naphthol; es ist nahezu geruchlos, von scharf brennendem Geschmack und erscheint in seidenglänzenden weisslichen oder röthlichgrauweissen Krystallen. Es ist in Alcohol und Oel leicht, in Wasser wenig, in verdünntem Alcohol etwas leichter löslich, und gilt als eigentliche Quintessenz des Theers, mit dem es auch, nur vielleicht noch in erhöhtem Maasse die leichte Resorbirbarkeit von Seite der Haut gemein hat, wie es dann auch, bei unvorsichtiger Application auf zu ausgedehnte Körperstellen Verfärbung des Urins, der ein weinmostartiges Aussehen gewinnt und sich trübt, Brechneigung, Schwindel, Ohrensausen herbeiführen kann; übrigens sollen bei über 1000 Kranken, die *Kaposi* mit Naphthol behandelt hat, kein einziges Mal irgend bedenkliche Erscheinungen aufgetreten sein und auch ich habe bisher keinen Vergiftungsfall nach Naphthol gesehen. Nachdem *Kaposi* früher vorzugsweise alcoholische Lösungen angewendet, ging er späterhin, weil jene leicht reizen und unter urticariaartigem Erythem zu Abschilferungen der Epidermis führen, besonders für die Eczembehandlung zur Naphtholsalbe ½—1% über, indem er gleichzeitig stets, wie dies auch bei Theer zu empfehlen ist, reichliches Aufstreuen von Poudre empfahl.

En parenthese bemerke ich, dass *Kaposi* ausser bei Eczem, und vielleicht als zuverlässiger noch, das Naphthol bei Psoriasis, bei Prurigo, Ichthyosis, bei Scabies und Dermatomycosen empfiehlt, in letzteren Fällen mit Sapo viridis nach folgender Formel: Naphthol 15,0, Sapo virid. 50,0, Ung. emoll. 100,0, Creta alba 10,0.

Selbstverständlich wird für Naphtholbehandlung dieselbe Restriction gelten, wie sie für die Theerbehandlung maassgebend ist, indem wir ja wissen, dass bei acuten und bei nässenden Eczemen Theer fast immer contraindicirt und dass namentlich dessen Anwendung auf sich berührende Hautflächen ängstlich zu vermeiden ist; so dürfen auch nur durchaus chronische und nicht zu acuten Exacerbationen neigende Eczeme mit Nutzen durch Naphthol behandelt werden.

Gestatten Sie mir, zur Illustrirung dieser Verhältnisse, die kurze Skizzirung einiger Fälle.

U. J., 27 Jahre alt, Färber, kam zu uns am 2. December mit chronischem Eczem der Vorderarme, wegen dessen er früher mit Carbolpillen und Ung. Hebræ war behandelt worden, ich gab ihm Naphtholöl 10 : 200 und rieth tüchtig mit Poudre zu bestreuen, schon



am 5. December stellte sich Patient wieder vor mit ganz bedeutender Besserung und ist seither stets arbeitsfähig geblieben.

H. J., 27 Jahre alt, Drechsler, steht seit dem 25. September wegen chronischem Eczem der Hände in unserer Behandlung. Es war Ung. Hebræ, Pulv. liquir. comp. und Pil. carbol. mit theilweisem, Ung. præc. albi ohne Erfolg angewendet worden. Am 13. November verordnete ich Naphthol-vaseline 1 : 20 und Asiat. Pillen und sah den Kranken am 18. December wieder, ganz erheblich gebessert, nur um die Nägel, die sich losstiessen, bestand noch etwas Entzündung. Am 10. März war unter fortwährender Anwendung von Naphtholöl und gleichzeitiger Darreichung von Blaud'schen Pillen das Eczem an allen Fingern, mit Ausnahme des rechten kleinen Fingers verschwunden. Es wurde noch Ung. Hebræ 50,0, Naphthol. 2,5 verordnet.

L. P., 23 Jahre alt, Schriftsetzer, seit dem 28. August 1882 wegen äusserst hartnäckigem Eczem der Hände in Behandlung. Am 22. Januar, nach neuem Eczemausbruch mit tiefen Rhagaden wurde Naphtholöl verordnet; am 22. Februar gab der Kranke an, es sei nur langsame Besserung eingetreten, und erst nach Aussetzen des Oeles und einfachem Poudern sei es entschieden besser gegangen. Ich gab dann Ol. jecoris aselli äusserlich und Eisen innerlich, da Patient sehr blass aussah und sah darauf dann sehr schöne Heilung eintreten, die bis anfangs dieses Monats anhielt, wo Patient wieder mit neuen Rhagaden erschien.

W. M., 18 Jahre alt, Landarbeiterin, zeigte ein Eczem beider Vorderarme und Hände, stark juckend und brennend; sie war vorher mit Theer behandelt worden und hatte darauf eher mehr Brennen und Schmerzen verspürt. Zahlreiche dicht gruppirte Stippen bedeckten die erkrankten Stellen. Am 23. Januar wurde Talc. 40, Zinc. oxyd. 10 verordnet.

Am 30. Januar 1883 St. idem. Naphtholöl 5%.

Am 22. Februar zeigte sich die Haut noch etwas rauh, doch war, wenn auch langsam, erhebliche Besserung eingetreten. Es wurde gerathen fortzufahren und gleichzeitig Spec. ad decoct. Lignor. verordnet.

L. J., 43 Jahre alt, Seidenfärber, 11. Januar 1883. Eczem beider Hände, auf Ung. Hebræ und Pil. asiaticæ besser, so lange Pat. trockene Arbeit verrichtete; bei Aufnahme der Beschäftigung als Färber neue Eczemeruption. Therapie: Pil. asiaticæ und Naphtholöl 5%.

Am 7. Februar viel besser. Fortfahren.

23. Februar etwas mehr Reizung. Ung. Hebræ.

17. März ordentlich, arbeitet wieder, nur die Haut etwas spröde. Ol. jecoris 100,0, Ol. amygd. amar. 1,0.

K. A., 36 Jahre alt, Schneiderin, kam am 8. December 1882 zum ersten Male zu uns mit seit 3 Monaten bestehendem Eczema faciei. Therapie: Ung. Hebræ, Pil. carbolicæ.

3. Januar 1883. Eczem fortbestehend. Ung. præc. albi.

Am 14. März neue Eczemeruption. Sol. Pearson und Ung. Hebræ 40,0, Naphthol 2,0.

3. April. Eczem an Gesicht und Hals fortbestehend. Sol. Fowleri.

12. April. Hinter den Ohren, in den Gehörgängen und am Halse noch trockenes Eczem; Ung. præc. albi.

14. April. Am Hals besser, aber jetzt auch an den Armen Eczemeruptionen. Naphtholöl.

30. April. Auf Naphtholöl bedeutend gebessert; neuerdings wieder unter starken Congestionserscheinungen neue Röthung und Abschilferung im Gesicht. Spec. laxantes und Naphtholöl 2,5 : 100,0.

Bei Kindern sah ich in 2 Fällen keinen Erfolg, gegentheils eine bedeutende Vermehrung der Entzündung und Krustenbildung bei Application von 2%igem Naphtholöl auf einen Impetigo capitis und auf ein universelles Eczem; im übrigen ohne weitere Schädigung (O. C., 1 Jahr alt und R. C., ½ Jahr alt).

Dagegen war der Erfolg besonders schön bei einem Mechaniker (G.), der seit Jahren an Psoriasis universalis leidet und auf Naphtholöl eine eminente Besserung



zeigte, dies nur nebenbei; doch glaube ich aus dem Angeführten den Schluss ziehen zu dürfen, dass das Naphthol eine schätzenswerthe Bereicherung unseres Arzneischatzes bietet, indem seine geruchlose, im Ganzen mässig reizende, die gesunde Haut wenigstens in Oel- und Salbenform völlig intact lassende Anwendungsart es nach allem, was wir gesehen haben, zu einem guten Ersatze des Theers bei Behandlung der Hautkrankheiten machen dürfte.

Im Ganzen möchte ich für die Folge auf unbehaarten Stellen Naphthol-Hebrasalbe und Naphtholvaseline dem Naphtholöl vorziehen und rathe auch, in der Regel etwas schwächere Naphtholmengen (0,5—1,5 auf 100 Theile Menstruum zu verwenden).

Damit schliesse ich meine heutige Mittheilung, mir wohl bewusst, damit nicht alle Einzelnheiten der Eczembehandlung erschöpft zu haben; noch viel weniger ist es mir gelungen, über alle die zahlreichen Mittel zu referiren, welche in neuerer Zeit gegen Eczem sind empfohlen worden; mein Zweck ist erreicht, wenn die vorstehenden Zeilen dem in der Praxis stehenden Collegen den Weg andeuten, den er in hartnäckigeren Fällen von Eczem beschreiten kann, wenn sie ihn in Stand setzen, die oft scheinbar unbedeutenden Hindernisse einer erfolgreichen Behandlung wegzuräumen.

Vereinsberichte.

XXVII. Versammlung des ärztlichen Centralvereins.

Samstag den 27. October 1883 in Olten.

Präsident: Dr. *Sonderegger*, Schriftführer ad hoc: Dr. *Zimmerlin* (Ober-Entfelden).

(Fortsetzung.)

3. Mittheilung über einen geheilten Fall von Magenresection von Prof. Dr. *Socin* (Basel).

Der Vortragende gibt vorerst einen Rückblick über die Geschichte der Resection des Magens. Von den 34 Operationen, die bis jetzt veröffentlicht worden sind, haben 9 einen glücklichen Ausgang genommen, davon betrafen 7 Kranke mit Carcinoma ventriculi, 2 mit Ulcus ventriculi rotund. Unter den 25 unglücklich verlaufenen Fällen war 16 Mal Collaps die Todesursache.

Hierauf berichtet er in eingehender Weise über eine von ihm am 15. Juli 1883 wegen Carcinom des Pylorus ausgeführte Magenresection. Sie betrifft eine 43jährige verheirathete Frau, welche im März 1883 zur Behandlung auf die medic. Klinik zu Basel aufgenommen wurde, nachdem sie schon mehrere Monate vorher an Störungen von Seite des Magens gelitten hatte. Es wurde damals die Möglichkeit eines Magencarcinoms in Betracht gezogen; ein Tumor war nicht deutlich zu palpiren. Herr Prof. *Socin* führt den Anfang des Leidens auf Beginn des Jahres 1883 zurück, lässt aber die Annahme einer längern Dauer desselben offen.

Am 21. Juni 1883 Aufnahme der Kranken auf die chirurg. Klinik zu Basel. Damals, sowie die vorhergehende Zeit häufiges, fast tägliches Erbrechen, hartnäckige Obstipation, extreme Abmagerung, sehr heftige und häufige Schmerzanfälle. Beim Erbrochenen war nie Blut bemerkt worden, auch nicht beim Stuhl. Rechts seitlich vom Nabel ist eine



eigrosse, in zwei Abtheilungen getheilte, äusserst druckempfindliche Geschwulst von höckeriger Oberfläche palpirbar; in Chloroformnarcose lässt sich der Tumor fassen, bis unter den Rippenbogen nach links, nach unten bis 2 Querfinger unterhalb des Nabels verschieben; bei künstlicher Füllung des Magens verschwindet die Geschwulst nach oben und rechts hinter der Leber. Alle Erscheinungen der Pylorusstenose sind deutlich ausgesprochen; eine stetige rasche Abnahme des Körpergewichtes wird constatirt. Der Vorschlag zur Operation wird von der dem Hungertod geweihten Patientin freudig angenommen.

Nachdem durch mehrere Tage der Magen mit desinficirenden Lösungen (Borsäure) gründlich ausgespühlt, und der Mastdarm an ernährende Klystiere angewöhnt ist, wird die Operation den 15. Juli in einem auf 24° Réaumur geheizten Raume vorgenommen. Dabei wird nach den von *Billroth* und *Wölfler* angegebenen Vorschriften vorgegangen: querer 15 cm. langer Schnitt durch die Bauchwand rechts und etwas oberhalb vom Nabel (6 Ligaturen). Zunächst kommen Leber und Gallenblase zum Vorschein, doch lässt sich leicht der Tumor in die Wunde emporheben; Trennung des Ligam. gastrocolicum von der grossen Curvatur, wobei 14 Doppelligaturen nöthig sind; zwei carcinomatöse Lymphdrüsen werden aus dem Netz ausgeschält; sodann Trennung des kleinen Netzes von der kleinen Curvatur mit 9 Doppelligaturen. Die darauf folgende Loslösung des Tumor von dem eng adhärenten Pancreaskopf ist sehr schwierig, zeitraubend und erfordert eine grosse Zahl von Unterbindungen. Jetzt kann die Geschwulst ohne grosse Mühe ganz zur Wunde herausgebracht, eine warme Zinkcompresse unter sie geschoben und zu der eigentlichen Exstirpation geschritten werden. Nachdem der Magen einerseits und das Duodenum andererseits von zwei Assistenten sicher gefasst sind (die bereitstehenden Klammern wurden nicht gebraucht), wird zuerst von der kleinen Curvatur aus mittelst 2 kräftiger Scheerenschnitte beide Magenwände in schiefer, von oben links nach unten rechts laufender Richtung getrennt in einer Entfernung von ca. 2 cm. von der Grenze der Geschwulst und die dadurch gesetzte Magenwunde sofort durch 11 tiefe und 11 oberflächliche Occlusionsnähte wieder geschlossen; darauf wird der Tumor mit einer *Museux*-schen Zange gefasst und mit 2 Scheerenschnitten das Duodenum in verticaler Richtung abgetrennt (4 Arterienligaturen), endlich ebenfalls in senkrechter Richtung der Rest des Magenansatzes durchschnitten. Es folgt darauf die Insertion des Duodenum an den offen gebliebenen Theil des Magenlumens. Diese circuläre Naht erfordert hinten 13 innere und 9 Schleimhautnähte, vorn 6 Schleimhautnähte und 13 *Lembert*'sche Nähte.

Nach genauer Revision und Desinfection werden die vorgelagerten Theile reducirt, die Bauchhöhle ausgewaschen und die Bauchwunde geschlossen. Bei letzterem Act machte die Vereinigung des durchtrennten M. rectus einige Schwierigkeit. Dauer der Operation 2 Stunden. Die Behandlung der Wunden während und nach der Operation geschah mit Zinkoxydmischungen, wie sie seit geraumer Zeit auf der Basler Klinik gebräuchlich sind.

Der weitere Verlauf gestaltete sich sehr einfach; die höchste Temperatur, am Abend des zweiten Tages, betrug 37,7°; Erbrechen kam weder während der Operation noch später vor. Beunruhigend war nur der Puls, welcher am ersten Tag auf 112—120, am zweiten auf 120—160 stieg und erst nach mehreren subcutanen Campherætherinjectionen und nach Application von Weinclysmata sich besserte.

10 Stunden nach der Operation erhielt Pat. kaffeelöffelweise Milch. Bis zum 7. Tage wurden Nährklystiere gegeben. Schon am 14. Tage nach der Operation war die Pat. zum ersten Mal im Garten. Seit der Operation, nach welcher sie anfänglich eine tägliche Zunahme des Körpergewichtes von 200 grmm. zeigte, fühlt sie sich vollständig wohl; sie verträgt zur Zeit gemischte Kost ohne Beschwerden. In der Narbe der querdurchschnittenen Bauchdecken besteht Neigung zur Bildung einer Ventral-Hernie.

Die Operirte wird vorgestellt. Sie zeigt für ihr Alter einen guten Ernährungszustand, kein Zeichen von Cachexie. Die Operationsnarbe hat die zarte Beschaffenheit, wie sie nur nach Zinkoxydbehandlung zu Stande kommt.

Der exstirpirte Tumor wird als Spirituspräparat demonstrirt; er misst in der Länge 8 cm., der verengte Pylorus ist nur noch für eine starke Sonde pas-



sirbar, dessen Schleimhaut an mehreren Stellen geschwürig. Die Magenwandungen an der Durchschnittsstelle stark hypertrophirt.

Herr Prof. *Socin* berichtet ausserdem über eine zweite von ihm an einem 38jährigen Mann wegen Carcinom des Pylorus vorgenommene Magenresection. Der leicht zu palpirende Tumor zeigte sich im Ganzen sehr beweglich, nur nicht in der Richtung von oben nach unten. Der Explorativschnitt bot günstige Verhältnisse. Es lag aber der Kopf des Pancreas mitten in die Geschwulst eingebettet, so dass derselbe mit entfernt werden musste. Dabei wurde die Art. gastroduodenalis dicht an ihrem Ursprung durchschnitten. Die sehr profuse Blutung machte die Unterbindung der Art. hepatica nothwendig!

Pat. starb einige Stunden nach der Operation. — Demonstration des betreffenden Spirituspräparates.

Prof. *Socin* betont den grossen Missstand, dass die Verwachsung eines vorhandenen Tumors mit dem Pancreas, dessen Verletzung die höchsten Gefahren mit sich bringt, nicht diagnosticirbar ist; doch ist er geneigt, den Mangel der Beweglichkeit des Tumors von oben nach unten als Zeichen dieser Verwachsung aufzufassen. Er hält jedes Pyloruscarcinom in einem gewissen Stadium für operabel und möchte dasselbe in jedem Falle möglichst frühe diagnosticirt wissen.

Nachdem das Präsidium den Vortrag im Namen der gespannt zuhörenden Versammlung bestens verdankt hat, ergreift Herr Prof. *Kocher* (Bern) in der nämlichen Sache das Wort.

Er hebt zunächst die grosse Wichtigkeit einer frühen Diagnose hervor in Fällen, die Verdacht auf Magencarcinom geben, und verlangt zur Stellung derselben, sowie zur genaueren Orientirung über Sitz, Grösse und Beweglichkeit eines vorhandenen Tumors Chloroformnarcose.

Hierauf berichtet er über 3 wegen Magencarcinom operirte Kranke. Bei dem ersten derselben bestanden ausgedehnte Verwachsungen des Tumors mit der Leber; ein Stück Leber wurde resecirt. Der Operirte starb am Tage nach der Operation an Collaps. Bei dem zweiten Falle, der übrigens schon weit vorgeschrittene Cachexie zeigte, trat ebenfalls bald nach der Operation der Tod ein.

In dem dritten Falle hatte die Operation vollständigen Erfolg. Er betrifft eine 43jährige Frau, welche früher an Ulcus ventriculi rotund. litt und später die Erscheinungen eines Carcinoma ventriculi mit Sitz am Pylorus zeigte. Der Tumor war links neben der Mittellinie palpabel; die Stenose des Pylorus war bedeutend.

Das Verfahren bei der Operation, die Ende September gemacht wurde, weicht in mehrfacher Beziehung von den bisherigen ab.

Die Bauchhöhle wurde durch einen in der Linea alba bis über den Nabel hinunter geführten Längsschnitt eröffnet. *Kocher* gibt dieser Methode, als der einfacheren, den Vorzug. Hierauf wurde nicht zuerst der Tumor isolirt, sondern zunächst Magen und Duodenum in Klammern gefasst. Am Magen wurden 2 Klammern angelegt, die eine von der kleinen, die andere von der grossen Curvatur her; diese letztere über die Stelle hinweg, welche später zur Communication mit dem Duodenum vereinigt werden sollte. *Kocher* findet den Abschluss durch Klammern sicherer bewerkstelligt als durch die Hände eines Assistenten. Später wurde



Magen und Duodenum vor den Klammern quer durchgetrennt und nun erst der Tumor ausgeschält. Hierauf Occlusionsnaht des Magens und Vereinigung von Duodenum mit Magen durch die Naht. Die von den Klammern gequetschten Partien der Darmwand wurden nicht abgeschnitten, sondern eingestülpt und hinter der Stelle, da die Klammern lagen, die Naht angelegt.

Zwei Stunden nach der Operation Collaps. Während des ganzen ersten Tages starke Schmerzen im Abdomen; keine wesentliche Vermehrung der Pulsfrequenz, niemals Steigerung der Temperatur. Im Uebrigen ungestörter Verlauf.

Der Befund über den exstirpirten Tumor wurde nach Prof. *Langhans* (Bern) mitgetheilt. Die Operirte selbst wurde vorgestellt. Ihr Ernährungszustand hat sich seit der Operation bedeutend gehoben, doch ist sie noch schwach und sieht cachectisch aus.

Prof. Dr. *Kocher* stellte ausserdem einen 10jährigen Knaben vor, der einen Flobertschuss in die Magengegend unterhalb des l. Rippenbogens erhalten hatte, und an dem er einige Stunden nach der Verletzung bei Collapserscheinungen und Zeichen von Perforationsperitonitis die Laparotomie ausführte. Längsschnitt in der Mittellinie. Auffällige Blutung und schon verändertes Blut in der Bauchhöhle. Irrigation mit Wismuthmischung. Beim Vorziehen des Magens wurde glücklicherweise sofort die perforirende Wunde in der Magenwand gefunden. Naht. Im weitern Verlaufe Abscess in der Bauchdeckenwunde; sonst keinerlei Störung.

Dr. *Courvoisier* (Basel) berichtet ebenfalls über einen Fall von Magencarcinom, bei welchem er im Diaconissenspital zu Riehen die Magenresection auszuführen beabsichtigt hatte. Es war aber der Tumor in grosser Ausdehnung mit dem Colon transversum verwachsen, zudem auch das Pancreas in Mitleidenschaft gezogen, so dass von einer Exstirpation der Neubildung keine Rede sein konnte. Es wurde die *Wölfler*'sche Gastro-Enterotomie gemacht, eine Dünndarmschlinge zur Communication mit dem Magen vereinigt und eine Ernährungsfistel hergestellt. Bis zur Zeit der Berichterstattung, 10 Tage nach der Operation, blieb der Verlauf ein sehr befriedigender.[1])

Herr Präsident Dr. *Sonderegger* verdankt bestens im Namen der Versammlung den Vortrag des Herrn Prof. Dr. *Socin*, sowie die Mittheilungen von Herren Prof. Dr. *Kocher* und Dr. *Courvoisier*.

(Schluss folgt.)

Referate und Kritiken.

Simulation de l'amaurose et de l'amblyopie et des principaux moyens de la dévoiler.

Par *Baudry*. Paris, O. Berthier, 1888. p. 32.

Ziemlich leicht ist die Entlarvung der simulirten einseitigen Amaurose, namentlich wenn man einige der bekannten Methoden nach einander anwendet, wodurch auch der

[1]) Nachträgliche Notiz. Am gleichen Tag, an welchem die Oltener Versammlung stattfand, begann im Lauf des Vormittags bei der Pat. Erbrechen und Tympanites sich einzustellen. Es entwickelte sich diffuse Peritonitis, die nach weiteren 4 Tagen zum Tod führte. Section ergab: Tadelloses Verhalten der Magendarmnaht. Grossen Abscess zwischen Dünndarmschlingen, unabhängig von Magen- und von Bauchnaht. Kleine Phlegmone im Musculus rectus. (Der Fall wird demnächst veröffentlicht werden.) Dr. *L. G. Courvoisier*.



geriebenste Simulant in Widersprüche geräth, und dafür sorgt, dass er nicht durch Schluss des einen Auges sich zu orientiren vermag. Eine zweckmässige Modification der bekannten *v. Græfe*'schen Methode besteht darin, dass *B.* nicht die brechende Kante eines Prisma vor die Mitte der Pupille bringt, sondern die Trennungslinie eines prismatisch abgeschrägten Stückes Spiegelglas.

Viel schwieriger ist es zu entscheiden, ob eine Amblyopie simulirt sei oder nicht; ganz besonderer Vorsicht bedarf es aber, wenn auch der Grad der Sehschwäche näher bestimmt werden soll, die Augenspiegeluntersuchung aber, wie so oft, im Stiche lässt. Neben den Methoden von *Snellen* und *Javal* empfehlen sich hier am meisten diejenigen von *Herter* (Projection von verschieden grossen Probebuchstaben in's Auge des Simulanten), von *Monoyer* (mit Stereoscop) und dann die Prismen, die *B.* in einem Brillengestell drehbar vor jedes Auge bringt.

Sehr selten treibt der Simulant seine Kühnheit so weit, beidseitige Blindheit zu heucheln. Die Entlarvung ist nicht schwierig, da mit ganz seltenen Ausnahmen die Pupillen auf Lichteinfall unbeweglich bleiben, wenn wirkliche Blindheit vorliegt. Möglicher Weise kann es aber nothwendig werden, den angeblich Blinden während einiger Zeit zu beobachten.

Wird nur Amblyopie beider Augen angeschuldigt, so wird unsere Hauptaufgabe sein, den Simulanten in Widersprüche zu verwickeln. *Hosch.*

Cantonale Correspondenzen.

Briefe von der deutschen Ausstellung für Hygieine und Rettungswesen.

Von Dr. *Gustav Custer* in Rheineck.

(Schluss.)

IX.

Dem mit der Gesundheits- und Lebenspflege so innig verschwisterten Rettungswesen war eine grosse Abtheilung mit vier Gruppen über Abwehr von Gefahr durch Feuer, Wasser, Blitz und Explosionen gewidmet und verfügte namentlich die erste über ein sehr grosses Material. Dabei waren besonders die Mittel zur Verhinderung von Entzündlichkeit der verschiedensten Gegenstände reich vertreten. Die in den letzten Jahren so häufig und in erschreckendem Maasse vorgekommenen Catastrophen durch Theaterbrände haben den Scharfsinn von Erfindern zur Verhütung derartiger Riesenunglücksfälle herausgefordert und die bezügliche Ausstellungsgruppe gibt von dem Bestreben, diesen gemeinnützlichen Zweck zu erreichen, erfreuliche Kunde. Es waren Proben flammensicherer Imprägnationen von Coulissen und Theaterleinwand, Feuerschutzplatten, feuersichere Theatervorhänge (darunter ein von Prof. *Obernier* zuerst vorgeschlagener, wasserdurchströmter leinener Vorhang) vorhanden. Eine Menge von automatischen Feuermeldern, mittelst Electricität in Betrieb gesetzt, die neuesten Apparate für Lösch- und Rettungsdienst, für Schonung der Athmungswerkzeuge der Feuerwehren gegenüber Rauch und giftigen Gasen, gaben ein Bild von der hohen Entwicklung des Feuerlöschwesens. Die grossartige Firma *Siemens* in Berlin hatte die neuesten Einrichtungen für feuersichere Beleuchtung durch electrisches Licht für Bergwerke, Pulverfabriken, Schiffsräume, öffentliche Gebäude (besonders Theater) und Privatwohnungen zusammengestellt und stehen wir hier vor einer ganz neuen Aera des öffentlichen und privaten Beleuchtungswesens, das auch wesentliche hygieinische Vorzüge vor den üblichen Methoden besitzt.

Wie sehr man auf jenem Gebiete zur Verhütung von Unglücksfällen, zum Schutze von Gesundheits- und Lebensbeschädigungen thätig ist, das bei dem enormen Wachsthum der Industrie und des Verkehrs von hervorragendster Bedeutung für unsere Zeit geworden ist, beweisen die Mittel zur Abwehr von Explosionsgefahr speciell der Dampfkessel. In England haben sich die Dampfkesselbesitzer zuerst vereinigt und alle ihre Kessel durch Ingenieure regelmässig revidiren lassen, um Verletzungen und Tödtung des Personals durch Explosionen möglichst zu verhüten. Wie hochbedeutsam diese Specialität des prophylactischen Princips gewesen ist, beweist die Statistik der Dampfkesselexplosionen, von



denen allein in England in dem Zeitraum von 1800—1870 ca. 1200 mit über 5000 Todesfällen vorgekommen sind. Jetzt trifft es auf 6—7000 periodisch besichtigter Kessel jährlich nur noch eine Explosion. In Deutschland existiren schon seit Anfang der 70er Jahre besondere Gesetze und Verordnungen über Anlage und Betrieb der Dampfkessel, ausserdem haben sich in den Centren der Industrie und des Verkehrs nach dem Muster Englands freiwillige Vereine von Kesselbesitzern gebildet mit der Verpflichtung der regelmässigen Inspection ihrer explosionsfähigen Einrichtungen durch Ingenieure. Von dem was diese Vereine leisten, gibt die bezügliche Gruppe der Ausstellung eine sehr lebendige Anschauung. Es waren alle nur erdenklichen, besonders auch electrischen Sicherheitsvorrichtungen zum Schutz gegen Explosion, namentlich eine reich beschickte Sammlung von Mitteln zur Verhütung des so gefährlichen Kesselsteins repräsentirt. Wahre Monstra explodirter Kessel von Dampfschiffen waren als warnende Corpora delicti im Freien aufgethürmt.

Die Leistungen zur Rettung Schiffbrüchiger der hiefür gegründeten deutschen Gesellschaft hatten eine auch für den Laien höchst interessante Illustration gefunden (Raketenbatterien, Wurfkugeln mit Leinen, verschiedene Systeme von Rettungsbooten etc.). Eine Karte über Statistik der an den deutschen Küsten so häufig vorkommenden Seeunfälle lässt die Bedeutsamkeit eines wohlorganisirten Rettungswesens erkennen und die aufgeführten Zahlen Geretteter erwecken sowohl gerechte Hochachtung vor dem Heroismus der dabei betheiligten Mannschaften als vor der Humanität der Gründer und Protectoren solcher Vereine.

Das Rettungswesen war in einer Vollständigkeit an der Ausstellung veranschaulicht, die eine ganz ungeahnte Perspective über die Bedeutung und über die durch neue Hülfsmittel (speciell durch Electricität) noch in weit höherem Maasse zu erreichende Vollkommenheit der betreffenden Branchen eröffnet.

Ueberblicken wir, nachdem wir unsere lücken- und skizzenhafte Berichterstattung abgeschlossen, nochmals die ganze Anlage und Ausführung der deutschen Exposition für Hygieine und Rettungswesen, so müssen wir, abgesehen von dem bei solchen Unternehmungen stets unvermeidlichen patentirten und unpatentirten Ballast und Reclamenwust uns ganz dem Urtheile hervorragender englischer und französischer Organe (Lancet, Sanitary Record, Semaine médicale) anschliessen, dass das Werk ein ganz aussergewöhnliches und werthvolles und, was die Hauptsache, auch mannigfaltige Anregung bringendes gewesen ist. Was unvollkommen war, möge der Spruch entschuldigen: „In magnis voluisse sat est.“ Das Riesenunternehmen verdient um so mehr unsere begeisterte Anerkennung, als es, kaum erstellt, in so tragischer Weise und in Ironie zu der Gruppe „Schutz vor Feuersgefahr“ selber ein Opfer der Flammen geworden und nach Jahresfrist in verschönter Gestalt auferstanden war!

Die Ausstellung hat den vollgültigen Beweis erbracht, dass Deutschland sowohl in der Wissenschaft der Gesundheitslehre als in der Praxis der Gesundheitstechnik und Pflege durch Talent und Fleiss hervorragender Männer, durch rege Forschung an den Hochschulen, durch Verständniss und Opferbereitschaft von Regierungen und Gemeindebehörden, sich in ganz besonderem Grade auszeichnet. Die prächtigen und sehr vollständigen Collectivausstellungen der Städte und Ministerien weisen auch darauf hin, wie die Anwendung hygieinischer Lehren im grossen Maassstabe durch Schaffung öffentlicher Gesundheitswerke für die allgemeine Volkswohlfahrt im deutschen Reiche in- und extensiv Bedeutendes hervorgebracht hat und gewiss in unermüdlichem Weiterschreiten noch produciren wird!

Die Ausstellung hat nicht allein dadurch ihre reichen Früchte getragen, dass eine lebendigere Theilnahme an den Zwecken der Gesundheitspflege im grossen Publicum hervorgezaubert worden ist, wozu ausser den unzähligen Objecten der einzelnen Gruppen die von hervorragendsten Hygieinikern gehaltenen Vorträge mitwirkten, das Werk wird in modificirter Gestalt fortdauernd eine anregende Kraft auch auf weitere Kreise ausüben können. Dem Beispiele Englands folgend, das z. B. in London ein Museum für Gesundheitspflege mit reichhaltiger Sammlung einschlägiger Apparate, Bibliothek etc. besitzt, ist nämlich vom preussischen Cultusministerium aus der Anstoss gegeben worden, aus den wichtigsten Ausstellungsgegenständen ein ständiges Hygieinemuseum in Berlin zu gründen.

Als ein Beweis für die Sympathie, mit welcher diese neueste Schöpfung begrüsst worden ist, kann die Thatsache angeführt werden, dass fast von allen Ausstellern diejenigen Objecte, welche sich zu jenem Zwecke eignen, dem Museum kostenfrei überlassen worden sind. Es wird dadurch dem Volke die Möglichkeit eines Anschauungsunterrichts gegeben, der für seine Bildung gewiss ebenso bedeutungsvoll ist, ja noch directeren Nutzen schafft, namentlich wenn man für entsprechende Vorträge, Erläuterungen und Demonstrationen sorgt, als etwa eine Sammlung von ausgestopften Thieren oder von Schmetterlingen. Derartige Museen, welche sich den bereits bestehenden Kunst-, Gewerbe- und Naturwissenschaftsmuseen würdevoll an die Seite stellen, müssen für Städte als Zukunftsgründungen auf das Programm genommen werden: an Interesse kann es ihnen gewiss nicht fehlen, nur sollten Staat und Private auch die nöthigen Subsidien für dieselben nicht versagen.

Ausser obiger practischer Errungenschaft von der Ausstellung her ist zu verzeichnen, dass in Fortsetzung der während ihrer Dauer herausgekommenen Hygieine-Zeitung unter der Redaction von Dr. *Börner* ein „deutsches Wochenblatt für Gesundheitspflege und Rettungswesen“ vom November an erscheint, welches sich die Aufgabe stellt, die Interessen der genannten Gebiete zu fördern, die gesundheitlichen Fragen und deren Lösung dem gebildeten Theil des Volkes, mehr als bisher geschehen ist, zugänglich zu machen.

Ziehen wir, um das im Anfange unseres Referates gegebene Versprechen zu erfüllen, aus dem von Deutschland her theils beständig, theils durch die Ausstellung in ganz specifischer Weise gegebenen Beispiel wissenschaftlicher und practischer Förderung der Gesundheitspflege einige Nutzanwendungen für schweizerische Verhältnisse, so erscheinen dabei folgende Gesichtspuncte der Beachtung werth.

Noch lange Zeiten werden wir für unser Land wohl keine Aussichten haben, eine centrale Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege mit entsprechender Behörde (schweizerisches Gesundheitsamt!) zu erhalten. Es werden die Cantone wie bisher — einige bestimmte bundesstaatlich geregelte Materien hygieinischen Charakters (Civilstands- und Mortalitätsstatistik, Gewerbe- und Epizootienpolizei) abgerechnet — ihr Gesundheitswesen auf eigene Rechnung und Gefahr verwalten, bald rationell zu Werke gehen, bald (in der Mehrzahl?) in altem Fahrwasser mit leckem Kiel ohne gehörige Organisation und energische Executive gemüthlich weiter fahren — sei es selber im Zeichen des Krebses! Wie sehr auch die oft nur zu mächtigen und für gewisse öffentliche Angelegenheiten gefährlichen Rechte der stimmfähigen Masse in unserem republikanischen Staatshaushalte gerade dem Fortschritte im allgemeinen Gesundheitswesen hemmend entgegentreten können, haben wir mit unserer eidgenössischen Epidemiengesetzgebung nur zu bitter zu kosten bekommen. Freilich dürfen wir dafür das vielfach nur missleitete und verhetzte Volk nicht allzu sehr in Anklagezustand bringen. Das E i n e scheint mir aber sicher zu stehen, dass ein sehr grosser Procentsatz unserer Bürger selbst für die nächstliegendsten Probleme und Postulate der Gesundheitspflege noch nicht reif genug ist und zwar meist ohne eigene Schuld. Viele wissen nicht, wie man gesund leben soll, viele könnten es nicht, auch wenn sie's wüssten, weil der Fluch des Pauperismus ihnen des Lebens sonst so „süsse Gewohnheit“ zu einer Last und die Predigt rationeller Hygieine zu einer Satyre macht. —

Zweierlei soll vor Allem geschehen, wenn wir in unserem Vaterlande sowohl Verständniss für die Aufgaben als Begeisterung für die Opfer der öffentlichen Gesundheitspflege heben wollen. Wir müssen die Masse des Volkes hygieinischer schulen und müssen eine Philanthropie der Werkthätigkeit im alltäglichen Leben und nicht blos der Theorie auf sonntäglicher Kanzel treiben.

Es geschieht in der Schweiz im Grossen und Ganzen noch viel zu wenig für die Lehre der privaten und publiken Hygieine. Mit sehr kräftigen Worten hat dies schon Dr. *Sonderegger*, der verdiente Pionier der Gesundheitspflege unseres Volkes in seinen Betrachtungen über die synoptischen Tafeln von Dr. *Castella* betreffs Unterricht über Gesundheitslehre in der Schweiz betont (v. Corr.-Bl. 1883, Nr. 14). Wir dürfen aber nicht blos den ungenügenden Status quo bedauern, sondern wir haben vor allen Dingen mit Ernst und Eifer die Mittel aufzufinden und namentlich auch anzuwenden, welche dieser empfindsamen Lücke in der Erziehung unseres Volkes abzuhelfen im Stande sein könnten.

Schon an unseren hohen Schulen findet die Hygieine noch nicht diejenige Berück-



sichtigung, die ihrer Bedeutung für das individuelle und gesellschaftliche Leben entsprechen würde. Ein gut eingerichtetes hygieinisches Institut besitzen wir (mit Ausnahme etwa von Genf) eigentlich noch gar nicht. Als ein solches betrachten wir aber ein unter hygieinisch durchbildeter Leitung stehendes, mit den nöthigen Instrumenten und Demonstrationsobjecten hinlänglich ausgestattetes und nach einem allgemeinen Programm arbeitendes Laboratorium. Bis jetzt wird gewöhnlich in einseitiger Weise viel zu ausschliesslich nur das Lieblingsfeld der practischen Gesundheitspflege, die Lebensmittelanalyse, cultivirt. In Zürich steht das der Hygieine gewidmete und für Unterrichtszwecke an der Universität verwendete Laboratorium unter Führung des Cantonschemikers; Bern und Basel haben an der Hochschule gar kein Specialinstitut für hygieinische Untersuchungen, ja in Basel wird gegenwärtig mit Ausnahme der Gewerbe-Pathologie und -Hygieine über Gesundheitspflege, wie aus *Castella*'s Tafeln ersichtlich, nicht einmal gelesen.

Aber abgesehen davon, dass an den höchsten Erziehungsanstalten bei uns der Unterricht in der Gesundheitslehre im Allgemeinen noch zu wenig nach dem Princip der Anschauung, nach experimenteller Methode und mit Herbeiziehung practischer Selbstthätigkeit der Studirenden betrieben wird, lässt auch die hygieinische Schulung unserer Jugend in den Bildungsinstituten niederer Ordnung Vieles, ja an manchen Orten so gut wie Alles zu wünschen übrig. Um diese Lücke auszufüllen, ist in erster Linie eine gründliche elementare Unterrichtung der Volksschullehrer im Fache der privaten Gesundheitslehre zu verlangen und aus der öffentlichen Hygieine speciell diejenige der Schule herauszugreifen. Aeltere Lehrer sollen in kurzen, theoretisch-practischen Cursen, die mit den noch sehr nothwendigen Turncursen verbunden werden könnten, in die Grundzüge der Wissenschaft von der Gesundheit und der Krankheitsverhütung eingeweiht werden, damit sie über die bedauerliche Unkenntniss, die bei vielen derselben in jenem so wichtigen Wissenszweige noch immer zu finden ist, hinweg gelangen.

Bei solcher Gelegenheit kann — am besten durch hygieinisch gebildete, ärztliche Sachverständige — durch Demonstrationen schulhygieinischen Materiales, Besuche in sanitarisch gut oder schlecht eingerichteten Schulen, Erläuterungen über die Folgen mangelhafter Lüftung, falscher Körperhaltung, über die Lehre von der Kurzsichtigkeit und vom Antheil der Schule an der Entstehung dieses Culturübels die nothwendige Aufklärung gegeben und das noch sehr schlummernde Interesse für schulhygieinische Materien geweckt werden.

In ähnlicher Weise wäre für die ältesten Schüler der Seminarien vorzugehen, ja Belehrungen über die Schulgesundheitspflege erachten wir als Programmstück im Bildungsgange angehender Pädagogen unumgänglich nothwendig. Der bisherige, stundenplanmässig ertheilte Unterricht in der Anthropologie an manchen Lehrerbildungsanstalten befasst sich etwas einseitig zu sehr mit Anatomie und Physiologie des Menschen, anstatt in Anwendung dieser unerlässlichen Vorbegriffe auch eine kurz gefasste rationelle Gesundheitslehre zu bieten, was ja gerade das wichtigste wäre.

An keiner Schule, sei es für Knaben oder Mädchen, sei es Cantons-, Real- oder Volksschule (selbstverständlich nur in den oberen Classen) darf in Zukunft eine leicht fassliche, in erster Linie Anwendung für's practische Leben verfolgende Hygieine im Unterricht über die Naturwissenschaft des Menschen fehlen: es ist dies ein absolutes Bedürfniss der Zeit! Es erscheint uns namentlich als eine arge Unterlassungssünde, wenn sogar in städtischen Gemeinden die Knabenprimar- und Secundarschulen in ihrem Programm Belehrungen über Bau, Verrichtungen und Pflege des menschlichen Körpers aufgenommen haben, den Mädchen dagegen in den höhern Töchterschulen dieses practisch so wichtige und pädagogisch so interessante Gebiet noch immer verschlossen bleibt, geschehe es in der abgelebten Meinung, dieselben hätten eine solche geistige Ausstattung für ihren Lebensweg weniger nöthig als die männlichen Zukunftskämpfer um's Dasein, oder — so schwatzt wohl eine blöde Prüderie — es passe eine derartige Belehrung für den weiblichen Theil der Schuljugend nicht! In den höhern Classen der Primarschulen, sowie in den Ergänzungsschulen findet man, wie z. B. in den St. Gallischen, zwar ab und zu einen Unterricht über Anthropologie; aber es fehlt gewöhnlich an genügenden Mitteln zur Veranschaulichung, an guten Abbildungen, plastischen Präparaten, um die Lehrmethode fasslicher und anregender zu machen. Ueberdies enthalten die benützten Lesebücher meist eine zu geringe Auswahl des hygieinischen Stoffes,



während der anatomische Theil ungebührlich weitschweifig abgehandelt wird, ja manche sehr wichtige und practische gesundheitliche Capitel finden kaum Erwähnung. Die Mehrzahl der Schulen, besonders der ländlichen, kennen jedoch selbst den elementarsten Unterricht in der privaten Gesundheitspflege nicht. Es berührt im Vergleiche zu früheren Zeiten eigenthümlich, dass schon gegen Ende des vorigen Jahrhunderts in den deutschen Volksschulen ein vortreffliches Unterrichtsbüchlein über Gesundheitslehre, der neuerdings von Dr. *Wolffberg* revidirt herausgegebene „Gesundheitscatechismus" von Dr. *Faust*, eine ausserordentliche Verbreitung besass. Wie weit sind wir mit unserem heutigen, vermeintlich doch so hochstehenden Unterrichtswesen im Allgemeinen von einer so practischen Seite der Erziehung noch entfernt. In Preussen, dessen Schulmeistern ja in sprichwörtlicher Weise der Löwenantheil an den grossen Siegen der letzten Decennien zugesprochen wird, findet officiell die „Belehrung der heranwachsenden Jugend über ihren Körper und die zweckmässige Behandlung desselben in sämmtlichen Volks- und Mittelschulen, Seminarien, höheren Mädchenanstalten" schon seit dem Jahre 1872 statt. Etwas ähnliches geschieht bereits in diesem und jenem Canton (z. B. Aargau, Bern), aber es genügt nicht an dem einen oder andern, sondern wir müssen überall nach diesem Ziele unermüdlich streben. Es wäre eine hohe Pflicht der Erziehungsbehörden, dem vernachlässigten Fache grössere Aufmerksamkeit zu widmen. Die ärztlichen Gesellschaften könnten durch entsprechende Wünsche an jene der ganzen Angelegenheit wesentlichen Vorschub leisten.

Auch in den nur in der Form des Obligatoriums allgemein nützlichen und dringend zu empfehlenden Fortbildungsschulen für die ältere männliche und weibliche Jugend soll die Kunde vom Menschen, die Vermittlung der einfachsten Kenntnisse über den Körper des Homo sapiens und dessen normale Lebensweise ebenso wenig fehlen, wie die Kunde von National- und Ständerath und von der Führung des Hauswesens.

Durch solche allgemeine Volksschulung in der Gesundheitslehre wird diese endlich auch in der Republik eine grössere Achtung sich erringen und die Gesundheitspflege opferwilligere Herzen und Hände finden, als dies noch hie und da in beschämendem Grade bei uns der Fall ist.

Aber diese Mittel für Hebung des hygieinischen Interesses und Fortschrittes in unserem Vaterlande sind nicht die einzigen, welche wir zu entfesseln haben werden. Noch ist eine mächtige Potenz zur Steigerung jenes social, moralisch und materiell so bedeutsamen Culturfactors unter uns beinahe gänzlich unverwerthet. Wir meinen das in anderen Ländern mit Vorliebe und grossem Erfolg gepflegte Associationswesen. Hygieinische Vereine bestehen in Deutschland viele und gerade von diesen aus sind eine Menge der practisch bedeutendsten Anregungen ausgegangen. Es existiren auch eine Anzahl sehr guter Pressorgane dieser Gesellschaften mit einer Fülle der trefflichsten Abhandlungen. Wir betrachten die so geringe Entwicklung des Vereinswesens für Besprechung und Beförderung gesundheitlicher Angelegenheiten in der Schweiz als eine empfindsame Lücke, deren Ausfüllung entschieden angestrebt werden sollte. Hygieinische Gesellschaften bestehen bislang erst in den Städten Bern, Neuenburg und Genf; der Verein für öffentliche Gesundheitspflege in Zürich, nach den Verheerungen der Cholera im Jahre 1867 und wesentlich unter deren Eindrücken gestiftet, ist nach kurzer, vielversprechender Existenz wieder eingegangen, um bis auf den heutigen Tag nicht wieder in's Leben zu treten. Der deutsche Verein für Hygieine zählt nur wenige Schweizer als Mitglieder. Es wäre gewiss verdienstlich, den Versuch zu wagen, den vielen schweizerischen Vereinsverbänden für die verschiedenartigsten Zwecke auch noch einen für öffentliche Gesundheitspflege hinzuzufügen. Eine solche Stiftung würde gewiss Anhänger und Förderer finden und durch Ableger des Stammvereins in die einzelnen Cantone wäre eine befruchtende Einwirkung auf das Volk, vorzugsweise auf dessen treibende und einflussreiche Elemente, zu erhoffen.

Es erweckt einen gewissen Neid, zu sehen, wie in viel kleineren Ländergebieten als die Schweiz, z. B. in Elsass-Lothringen, schon seit Jahren durch Association strebsamer Männer das schöne und neutrale Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege eine überaus thätige und mit Erfolg gekrönte Bearbeitung gefunden hat. Wenn ein Staat mit $1\frac{1}{2}$ Millionen Bewohnern solches zu Stande bringt, sollte es einer Republik mit gegen 3 Millionen nicht ebenfalls gelingen? Die öffentliche Theilnahme für so wichtige, volkspflegerische



Fragen könnte auch bei uns, wo noch viele gründliche Reformen in der Hygieine gemacht werden müssen, durch Vereinigung von Kräften aus allen Berufsstellungen am besten geweckt, gemehrt und so ein merkbarer Einfluss auf das Volksleben, auf die Verbesserung unserer hygieinischen und socialen Zustände ausgeübt werden. Vielleicht wäre es möglich, durch Sammlung von Materialien und Bearbeitung hygieinischer Themata mit Rücksicht auf einheimische Verhältnisse ein Archiv zu halten, wie in anderen Ländern, in welchem namentlich die in praxi wichtigen Gegenstände der öffentlichen Gesundheitspflege in der Schweiz besprochen und von dieser Stelle aus auch der öffentlichen Meinung überwiesen werden könnten.

Dass etwas geschehen muss zur Verbesserung der Stellung und des Ranges der Hygieine in der Schweiz scheint mir unerlässlich zu sein. Wir dürfen nicht noch mehr solche Schlappen erleiden, wie durch die Wiedereinführung der vom gewerbehygieinischen und humanen Standpunct so verwerflichen Phosphorzündhölzchenindustrie und die erdrückende Verwerfung des eidgenössischen Epidemiengesetzes. Wir müssen uns aufraffen zu Rath und That, müssen Fühlung gewinnen und Allianzen schliessen mit unserem Volke zum edlen Wetteifer auf dem Boden einer intensiveren Pflege socialer und sanitarischer Aufgaben.

Es ist ein inhaltsvolles Wort, das in dem hygieinisch so reg- und strebsamen England ein hervorragender Staatsmann gesprochen hat: „Sanitary instruction is even more essential than sanitary legislation.“ Würde in diesem Sinne ein keimfähiges und in weiterer Entwicklung auch früchtetreibendes Samenkorn durch die Anregung des deutschen Landes und Volkes mit seiner grossen That der Hygieineausstellung in den noch vielfach rauhen und ertragslosen Boden schweizerischer Volksgesundheitspflege sich senken, so wäre dies das schönste Ergebniss freundnachbarlichen Einflusses auf einem Gebiete, das im umfassendsten Sinne des Wortes kosmopolitisch ist!

Wochenbericht.

Schweiz.

Militärsanitätswesen. Nach dem Protocoll der Generalversammlung der schweizerischen Officiersgesellschaft referirte Oberst Meister über die Beschlüsse der Waffenversammlungen:

„7. Sanität. Die Sanitätsofficiere behandelten die Frage des Avancements der Sanitätsofficiere und bringen diesfalls bestimmte Vorschläge zur Uebermittlung an das Militärdepartement, nämlich:

a) Zutheilung eines Arztes mit Majorsrang für jedes Regiment.

b) Sistirung der Gesetzesbestimmung, wonach die Aerzte mit Oberlieutenantsrang in die Armee treten.

c) Bessere Berücksichtigung der civilen Thätigkeit und der persönlichen Neigungen der Aerzte bei Versetzungen.

d) Es möchte dem Ermessen der zuständigen Behörden anheimgestellt werden, dem Arzt eines Ambulancespitals eventuell auch Majorsgrad und dem Chef des Feldlazareths den Rang eines Oberstlieutenants zu verleihen.“

Auf Antrag des Centralcomité's beschloss die Versammlung Uebermittlung obiger Vorschläge an das Militärdepartement.

— **Militärsanitätswesen.** Der Bundesrath hat unter'm 30. October folgende 24 von 30 Theilnehmern (24 Aerzten und 6 Apothekern) der diesjährigen Sanitäts-Officiersbildungsschule II (Luzern) zu Officieren der Sanitätstruppen ernannt und zwar:

a) zu Oberlieutenants (Aerzte): *Jakob Oberholzer* von Wald in Bern, eingetheilt beim Füsilierbataillon Nr. 62; *Gottlieb Vögeli* (Laupen) Uebischi, F.-B. 36; *Emil Köhl* (Bergün) Zürich, F.-B. 90; *August Studer* (Wolfwyl) Wolfwyl, F.-B. 50; *Albert Dubler* (Wohlen, Aargau) Basel, F.-B. 58; *Fritz Gutknecht* (Chiètre) Bern, F.-B. 23; *Eduard Perregaux* (Genevais) Bern, F.-B. 18; *Albert Gerber* (Mont Tramelan) St. Imier, F.-B. 21; *Robert Schedler* (Krumenau) Basel, F.-B. 79; *Joseph Fisch* (Muolen) Bruggen (St. Gallen), F.-B. 78; *Othmar Rychner* (Aarau) Aarau, F.-B. 43; *Fridolin Leuzinger* (Netstall) Zürich,



Schützen-Bat. 8; *Ernst Rippmann* (Rothenfluh) Rothenfluh, F.-B. 52; *Alois Odermatt* (Buochs) Gams, Ambul. 19; *Louis Thürler* (Freiburg) Freiburg, F.-B. 15; *Walter Munzinger* (Olten) Olten, Ambul. 23; *Anton Nauer* (Schwyz) Wyl (St. Gallen), F.-B. 86; *Alois Jomini* (Payerne) Genf, F.-B. 4; *Jules Berdez* (Vevey) Lausanne, F.-B. 8.

b) zu Lieutenants (Apotheker): *Theophil Cuénod* (Vevey-Corsier) Lausanne, Ambul. 10; *Wilhelm Volz* (Bern) Bern, Ambul. 13; *Heinrich Greller* (Wetzikon, Zürich) Wetzikon, Ambul. 35; *Benjamin Nicole* (Sentier) Vevey, Ambul. 7; *Emil Perottet* (Nant) Rolle, Ambul. 11.

Durchgefallen sind 5 Aerzte und 1 Apotheker.

— **Hülfskasse für Schweizer Aerzte.** Zur Discussion über die Organisation der Hülfskasse, die nun in den medicinischen Vereinen stattfinden soll, sind uns folgende 2, von den bisherigen Projecten abweichende Vorschläge zugegangen:

I. § 1. Die Hülfskasse für Schweizer Aerzte hat den Zweck, ihren Mitgliedern, wenn sich dieselben in Noth befinden, eine finanzielle Hülfe zu leisten.

§ 2. Mitglied ist jeder in der Schweiz wohnhafte Arzt oder Docent an einer medicinischen Facultät, sofern er seinen Beitritt erklärt und einen jährlichen Beitrag bezahlt.

§ 3. Die Höhe des jährlichen Beitrages bestimmt jedes Mitglied selber nach Maassgabe seiner Einkünfte. Die Beiträge werden im Januar durch den Quästor eingezogen.

§ 4. Die bezahlten Beiträge sind als disponible Liebesgaben zu betrachten und involviren für den Geber kein Anspruchsrecht an die Kasse. Ein solches wird allein bedingt durch öconomisch bedrängte Lage in Folge von Krankheit, Alter, Unglück und Aehnlichem.

§ 5. Anspruch auf Unterstützung durch die Kasse hat nicht nur der Arzt, sondern auch seine Wittwe, seine Kinder, eventuell auch seine Eltern und Geschwister, wenn nachgewiesen ist, dass dieselben durch Noth oder Tod des Arztes in schwere Mitleidenschaft gekommen sind.

§ 6. An der Spitze der Kasse steht ein Kassenrath, zusammengesetzt aus einem Präsidenten, einem Quästor und 3 Mitgliedern. Dieser Kassenrath wird alljährlich durch die im Herbst versammelten Schweizer Aerzte gewählt, resp. bestätigt.

§ 7. Unterstützungsgesuche sind an eine cantonale ärztliche Gesellschaft zu richten; sie werden von derselben begutachtet und dem Kassenrath zugestellt, welcher über Eintreten und Höhe der Unterstützung entscheidet.

§ 8. Die Summe der jährlichen Unterstützungen soll die Summe der Jahresbeiträge nicht überschreiten, sondern unter derselben bleiben, um für Aeufnung eines Reservefonds zu dienen. Der letztere ist nur in ausserordentlichen Fällen und mit Genehmigung der Versammlung der Schweizer Aerzte anzugreifen.

§ 9. Der Kassenrath gibt über Einnahmen und Ausgaben alljährlich auf 1. October Rechnung. Der Quästor hat dafür zu sorgen, dass das Vermögen der Kasse nur in Werthen mit pupillarischer Sicherheit angelegt werde und ist für allfällige Verluste verantwortlich.

§ 10. Für seine Verrichtungen kann dem Kassenrath eine Entschädigung zugesprochen werden.

Basel. Dr. *R. Fiechter.*

II. . . . . . Meine Idee wäre nämlich gewesen, eine gemischte, zweigetheilte Kasse zu errichten, theils freiwillig, theils obligatorisch; ungefähr so:

Jeder der Sache beitretende College bezahlt zweierlei Geld;

erstens einen absolut freiwilligen Beitrag, der demnach jedes Jahr ungleich sein, auch zeitweise unterbleiben könnte, und dessen Ertrag ausschliesslich zur Unterstützung lebender Collegen, die in Noth sind, verwendet würde;

zweitens verpflichtet sich aber jeder beitretende College zur Bezahlung einer fixen alljährlichen kleineren oder grösseren Summe (Fr. 5, 10 oder 20). Der Ertrag letzterer würde ausschliesslich zur Auszahlung einer Summe an die Hinterlassenen der contribuirenden Aerzte und nur an diese verwendet. Die Grösse der letztern Summe würde sich richten nach der Zahl der alljährlich mit Tod abgehenden Aerzte und nach der alljährlich eingehenden Summe Geldes. Also wenn z. B. jeder Arzt per Jahr Fr. 10 zahlen und 1000 Aerzte beitreten würden, würde dies eine jährliche Einnahme von Fr. 10,000 ausmachen. Nun sollen z. B. per Jahr 25 Aerzte sterben, so erhielte jede dieser 25 Aerzte-



familien nach dem Tod des Arztes den 25. Theil von Fr. 10,000, also Fr. 400. Legte Jeder Fr. 20 ein, so würden sich Fr. 800 pro Familie ergeben u. s. w. Der sich sofort ergebenden Ungerechtigkeit, die darin für die jüngern, viel längere Zeit contribuirenden Aerzte gegenüber den ältern läge, auszuweichen, wäre Sache der Ausrechnung einer Scala durch Sachverständige.

Eine solche Kasse von gemischtem Charakter hätte gewiss Vorzüge vor der unsrigen, jetzigen, z. B.:

Obige 4—800 Fr. anzunehmen, würde sich fast Niemand scheuen, sondern dazu hätten alle Beitragenden respective ihre Angehörigen ein juristisches Recht. Wollten immerhin die Angehörigen eigentlich reicher Collegen auf die Annahme der Summe verzichten — bon!

Etwas anderes ist es bei der Kasse, wie sie nun eingerichtet ist, direct oder indirect um Unterstützung eines lebenden Arztes einzukommen; ich fürchte, Sie bekommen embarras de richesse an Geld.

Ich sage so: Die überwiegende Mehrzahl der schweizerischen Aerzte gehört öconomisch dem sogen. bessern Mittelstand an; ganz wenige sind sehr reich, nicht viele ganz arm. Dies bedingt eo ipso, dass die Kasse bei jetziger Organisation nur Wenigen zu Gute kommt, weil nur den Aerzten der letzten Categorie. Bei meiner Idee hätte im Gegentheil die grosse Mehrzahl der Aerzte resp. ihre Angehörigen einen Nutzen und damit ein ganz materielles Interesse an der Kasse; durch den Bestand der freiwilligen Abtheilung ist aber auch für den kleinen, leidenden Rest, die 3. Categorie, gesorgt, also eigentlich für Alle, da für die Reichen nicht zu sorgen ist.

Ich glaube also, eine solche Idee wäre von etwas soliderer Dauer, weil sie dem Selbsterhaltungstrieb des Einzelnen und dem idealen Sinne der Zusammengehörigkeit und Collegialität gleicherweise genügen würde, während das jetzige System allerdings idealer ist. . . . .

Wädensweil. Dr. *Friedr. Jenni.*

— Ueber den **Divisionszusammenzug** haben wir noch keinen Bericht erhalten und hoffen, dass ein solcher noch kommt und die böse Kritik widerlegt, welche das deutsche „Militär-Wochenblatt“ in einem Berichte über die Inspection den Sanitätsmannschaften anhängt: „Der Vorbeimarsch der gesammten Colonnen erfolgte in ziemlicher Ordnung, ausgenommen die Mannschaften der Feldlazarethe, die ohne eine Spur von Richtung und Tritt vorbeipassirten.“

Schaffhausen. Am 21. October d. J. starb in Stein a. Rh., Canton Schaffhausen, *Ulrich Eugen Bæhni*, Arzt, ein ehrenfester College, dessen Leben reich an Arbeit und Mühsal, aber auch reich an schönen Erfolgen und Thaten war.

Im Jahre 1815 in Berlingen (Thurgau) geboren, kam er später nach Stein a. Rh., um sich dort durch den Unterricht in Latein und Mathematik auf die Universität vorzubereiten. Nachdem er sich hier durch leichte Auffassung des gebotenen Stoffes ausgezeichnet und durch Beharrlichkeit und Fleiss das Wohlwollen seiner Lehrer in hohem Maasse erworben hatte, siedelte er im Jahre 1833 nach Zürich über, wo er an der soeben gegründeten Universität dem Studium der Medicin mit grossem Eifer oblag. Zu seiner weiteren Ausbildung besuchte er später noch Würzburg, Heidelberg und München.

Ein besonderes Interesse fand er an dem Studium der Anatomie, die er bis in sein Alter vollkommen beherrschte und deren Kenntnisse ihm in seiner chirurgischen Thätigkeit oft zu Gute kamen.

Sein practisches Wirken begann *Bæhni* als Assistent von Dr. *Fehr* in Andelfingen. Hier war es auch, wo er seine spätere Gattin, die Tochter seines Meisters, kennen lernte, die ihm als treue Gefährtin ein musterhaftes Heim bereitete. Sie wurde ihm im Jahre 1879 durch den Tod entrissen.

1837 starb in Stein Dr. *Mettler*, älter, was für *Bæhni* die Veranlassung war, sich nach bestandenem Staatsexamen daselbst niederzulassen. Er lag nun mit grosser Gewissenhaftigkeit und seltenem Eifer seinem Berufe ob. Durch gediegene Kenntnisse und manuelle Geschicklichkeit erwarb er sich bald den Ruf eines gewandten Arztes. Sein Wirkungskreis dehnte sich rasch auf die benachbarten Dörfer des Cantons Thurgau und des Grossherzogthums Baden aus.



Trotz einer rastlosen Thätigkeit in der Ausübung der medicinischen Praxis erhielt er sich doch ein reges Interesse für die Fortschritte dieser Wissenschaft. In der Chirurgie leistete er Namhaftes und sah mit Freuden die Triumphe, welche diese Disciplin während der letzten Decennien feierte.

Mit anerkennenswerthem Fleisse arbeitete er sich in die moderne Chemie hinein und machte sich deren Lehren zu eigen.

Er war ein eifriges Mitglied der schweiz. naturforschenden Gesellschaft; in der Flora der Schweiz und namentlich in der Tertiärfauna wohl zu Hause.

Auch als Bürger von Stein hat *Bæhni* das Wohl seiner Heimath zu heben gesucht. Die schönsten Erfolge dieser Thätigkeit sah er im Aufblühen der Schulen, die sich mit Recht in der ganzen Umgebung eines guten Rufes erfreuten. Weniger Freuden widerfuhren ihm, als er sich an den wirthschaftlichen Bewegungen seiner Heimath betheiligte. Er stand oft allein da, oder suchte nur mit wenigen Gleichgesinnten den Strom aufzuhalten. Oefters vergebens. Er hatte dabei viele persönliche Angriffe zu erdulden, sah sich schliesslich aber gerächt in dem unglücklichen Ausgang, den die Nationalbahn nahm, deren Bau er energisch bekämpft hatte.

Als kühner und entschlossener Schwimmer rettete er mit eigener Lebensgefahr einmal einen ertrinkenden Mann, ein anderes Mal mehrere Kinder, die beim Einbrechen des Eises dem Tode nahe waren.

Durch viele Strapazen ermüdet und durch häufige Gichtanfälle geplagt, wälzte er die Last der Praxis gerne auf die Schultern seines Sohnes und zog sich im Jahre 1879 allmälig in den Ruhestand zurück.

Er lebte noch seinen Lieblingsstudien und seiner Familie, bis ihn im letzten Sommer eine Apoplexie traf, die eine Parese der linken Seite verursachte. Als er bald darauf eine Abnahme seiner geistigen Functionen fühlte und sich nur noch mit grosser Mühe eines apathischen Zustandes erwehren konnte, erschien ihm selbst das Nahen des Todes ersehnt, der ihn am 21. October endlich erlöste.

„Drum weinen wir und wünschen Ruh' und Frieden
„Auf unseres Bruders stilles Grab!“ *M.*

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. October bis 10. November 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Morbillen sind 4, von Parotitis epidemica 3 vereinzelte Fälle angemeldet. — Varicellen 11 Anmeldungen, wovon 8 aus Kleinbasel. — Scharlach 27 neue Erkrankungen, wovon 19 auf dem Nordwestplateau (17, 21). — Diphtherie 10 Erkrankungen, wovon die Hälfte in Kleinbasel (6, 14). — Typhus 3 vereinzelte Fälle (9, 7). — Erysipelas 5 Erkrankungen. — Von Pertussis nur eine Anmeldung.

Vom 11. bis 25. November 1883.

Von Varicellen sind 14 Fälle angezeigt; auch Parotitis kommt zahlreicher vor, angemeldet sind 6 Fälle. — Scharlach 31 Erkrankungen (17, 21, 27), wovon 14 auf dem Nordwestplateau, 9 in Kleinbasel. — Diphtherie und Croup 11 Fälle, wovon 6 in Kleinbasel (6, 14, 10). — Typhus 5 Erkrankungen, worunter 2 von auswärts importirt (9, 7, 3). — Erysipelas 8 Anzeigen, zerstreut über die Stadt (3, 3, 5). — Pertussis 4 Anzeigen vom Nordwestplateau (2, 1, 1).

Briefkasten.

Wo können sich Krankenwärter ausbilden? Mr. le Dr. *Delay* (auparavant à St. Imier) à Lugano: Tout arrangé. Nos salutations. — **Krankenwärterinnen.** Die Ecole normale de garde-malades in Lausanne nimmt nach dem „Annuaire philanthropique vaudois“ Krankenwärterinnen zur gründlichen Ausbildung auf. Fünf Monate dauernde Lehrzeit unentgeltlich (Curse, Wohnung, Verpflegung). Die Curse beginnen am 1. October und am 1. Mai. Man wende sich an Herrn *Reymond*, directeur de l'école normale de garde-malades à Lausanne. — Herrn Dr. *P. Demiéville*, Rolle: Besten Dank und freundl. Gruss. — Für das **Aerztealbum** dankend erhalten die Photographie von weiland College *Imbach*. — Herrn Dr. *v. Mandach* jun., Schaffhausen: Senden Sie uns zum Necrolog auch eine Photographie.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. $1^1/_2$—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 24. XIII. Jahrg. 1883. 15. December.

Zum Jahresschluss.

Als uns „vom hoh'n Olymp herab" die Freude lachte, oder wir doch wenigstens in den Tagen schwelgten, da wir dieses schöne Lied aus voller Kehle mitsangen, da glänzte uns der Jahresschluss frohlockend entgegen: Ferien und zwar erst noch als liebes Weihnachtsfest und als fröhliche Neujahrstage! Am Sylvester war höchstens das Warten auf das solenne „12 Uhr schlagen" etwas unbequem — aber, wie fidel ging's dann in das neue Jahr hinüber! Hinweg die Grillen und Sorgen! . . . . Und jetzt — wie gar Mancher von uns ist doch ohne Noth ein rechter „Philister" geworden! Wie mancher liebe College muss es sein!

Wie ist das leichte Blut so bedächtig, der Schwung des Herzens so schwerfällig geworden!

Wir haben Mühe, in die Feststimmung zu kommen, aber — und das wünschen wir Ihnen, liebe Collegen, Allen recht herzlich — wir kommen hinein!

Eine wohlthätige Frucht unserer Phantasie wollen wir zu jeder Zeit aus allen Sandhügeln des Philisterthums, die unseren Marsch hemmen, herausretten und hochhalten — die Hoffnung auf erträgliche, ja auf glückliche Gestaltung des Lebens unserer Familie, unserer selbst, auf das Wohlgedeihen unserer Collegen, auf ein glückliches Loos unserer Mitmenschen!

Und was wir selbst thun können, um diesen berechtigten Träumen greifbare Form zu geben, wir thun es sofort, thun es heute, morgen, immer, thun es gerne und nach besten Kräften!

Gelingt es dann nicht, wie wir gerne wollten, so tragen wir den Misserfolg, ohne uns beugen, ohne uns vom rechten Wege abdrängen zu lassen.

Wie manche solcher Enttäuschungen hat uns das Jahr, das wir abschliessen, gebracht — schmerzlich, wenn es um das Wohl und Wehe unserer Nächsten ging; empörend da, wo wir unsere ganze Kraft, unsern Kopf und unser Herz, umsonst für das allgemeine Wohl eingesetzt hatten!

Wir haben das verschmerzen können, wollen aber nicht unterlassen, jenen

Collegen, welche unsere muthigen und kampfgewandten Pannerträger in der socialen Schlacht waren, der schweizerischen Aerztecommission, zu sagen, wie sehr wir ihre Hingebung und ihr Können achten und anerkennen — haben doch einzelne, so ganz unbegreifliche äussere Misserfolge uns nur um so eindringlicher gezeigt, wie gross das Opfer war und ist, das unsere Auserwählten uns Andern bringen.

Befriedigter darf das „Correspondenz-Blatt" zurückschauen und dankt sein Gedeihen vor Allem seinen ausgezeichneten Mitarbeitern allen, sowie auch der grossen Zahl seiner Leser. Bleiben wir viribus unitis!

So freut es uns namentlich auch, unser vortrefflich geleitetes Schwesterorgan, die „Revue médicale de la Suisse romande" hocherfreulich weiter blühen zu sehen!

Und nun, liebe Collegen, fröhliche Weihnachten! Wir wünschen sie Ihnen schon so manches Jahr — aber immer wieder mit neuer Herzlichkeit. Ehre dem Andenken Jener, die keiner Wünsche mehr bedürfen — frohe Hoffnung Ihnen allen, denen die kommenden Tage neues Leben, frisches Glück versprechen und auch bringen mögen!

Fröhliche Weihnachten!

Original-Arbeiten.

Beiträge zur Chirurgie des Magens.

Von Prof. Dr. **Theodor Kocher** in Bern.

(Schluss.)

II. Schusswunde des Magens mit rasch eintretenden peritonitischen und Collapserscheinungen. Laparotomie 3 Stunden nach der Verletzung, Magennaht. Heilung.

Ueber die Prognose der perforirenden Magenschüsse macht *Nussbaum*[1]) die Angabe, dass neuere Erfahrungen dieselbe in ein besseres Licht stellen. Freilich hätten von 79 Magenschusswunden im amerikanischen Rebellionskriege „nur" 19 einen glücklichen Verlauf gehabt. Diese Angaben bedürfen ganz wesentlicher Berichtigung, da sie von der Prognose der Magenperforationen eine viel zu günstige Meinung erwecken.

Es ist richtig, dass unter 79 Magenschüssen 19 Heilungen mitgetheilt sind im amerikanischen Kriege, allein *Otis* hebt ganz ausdrücklich hervor, dass bei diesen 19 Heilungen der Nachweis einer Magenverletzung nicht geleistet sei mit Ausnahme eines einzigen; die übrigen beziehen sich blos auf Verletzungen der Magengegend oder die Angaben basiren auf blossen Mittheilungen der Patienten. Vielmehr nimmt *Otis* an, dass nur der Fall des Private Bowes als eine wirkliche Heilung einer Schusswunde des Magens zu betrachten sei und die Zahl der geheilten Magenschüsse überhaupt nicht mehr als 6—7 aus der gesammten Literatur betrage (Fälle von *Maillot*, *St. Martin*, *Baudens*, *Speed*, *Thomassin* (?), 2 Fälle von *Fallopia*). Ebenso sind von 4 Stich-Schnittwunden alle gestorben und *Otis* hält auch hier an der Ansicht fest, dass Heilungen viel grössere Seltenheiten scien, als man bei oberflächlicher Betrachtung anzunehmen geneigt sei. Nach *Otis*

[1]) *Billroth & Lücke*, Deutsche Chirurgie, S. 106, Wunden des Magens.



kommt eine Mortalität von 99% der Wahrheit viel näher für perforirende Magenwunden, als von 75%, wie *Percy* annahm.

Wo Heilung eingetreten ist, hat sich entweder Gelegenheit zur Magennaht geboten, wie in dem jüngst beschriebenen Falle von *Lücke*, [1]) wo der angestochene Magen in die Wunde prolabirt war, oder die Gefahr der tödtlichen Peritonitis ist durch spontane Bildung einer Magenfistel abgewandt worden. Freilich ist noch ein guter Theil der Fälle, bei denen die Fistel zu Stande kam, nachträglich an Inanition oder auf andere Weise zu Grunde gegangen.

Marion Sims [2]) beschreibt noch neuerdings eine spontane Heilung einer Magenschusswunde, wo nach einem Schuss in den Leib eine „gewaltige Menge theils geronnenen, theils flüssigen Blutes" entleert wurde. Für das Verhalten des Arztes können derartige seltene Ausnahmsfälle nicht maassgebend sein, sondern nur ein actives Vorgehen gibt einige Hoffnung auf Erhaltung eines Patienten, bei dem eine Magenperforation constatirt werden kann. Die unmittelbarste Gefahr ist die der Blutung, welche sehr oft zum Tode geführt hat, bevor es nur zu einem evidenten Austritt von Mageninhalt und Peritonitis in Folge derselben gekommen war. Man muss freilich bedenken, dass sich diesem Blute, das aus den Wundrändern der Magenwunde stammt, leicht minime Mengen Mageninhaltes beimischen. Dass aber solche selbst bei relativ geringen Zeichen von Peritonitis tödtlichen Collaps bedingen können, hat *Kraske* [3]) durch Mittheilung eines Falles aus der *Volkmann*'schen Klinik erwiesen, wo aus den Stichcanälen bei einer Gastrotomie ausgetretener Mageninhalt tödtlichen Ausgang herbeiführte.

Will man mit der activen Therapie etwas ausrichten, so muss der Entschluss zur Laparotomie und Gastrorhaphie rasch gefasst werden. Nach diesem Princip haben wir in unserem Falle gehandelt, bei welchem die rasch zunehmenden Symptome einer Perforativperitonitis die Diagnose frühzeitig zu stellen erlaubten.

Der 14jährige Knabe Ernst L—r von Bern wurde am 30. September 1883 als Nothfall in's Spital gebracht.

Vor ca. 1½ Stunden wurde derselbe von seinem Bruder mit einem Flobertgeschoss (6 mm.) auf ca. 5 Schritte Distanz in die Magengegend geschossen. Der Knabe hatte nach einer ziemlich reichlichen Mittagsmahlzeit, die etwa 4½ Stunden vor dem Unfall stattfand, noch unmittelbar vor diesem 1—2 Glas Bier getrunken und dazu etwas Brod gegessen.

Pat. gibt an, er habe gleich nach dem Schuss nicht heftige Schmerzen empfunden, auch keine auffällige Uebelkeit. Es erfolgte auch unmittelbar kein Erbrechen.

Seine Kameraden brachten ihn sofort in einer Droschke zu einem Arzt, der ihm die Einschussöffnung mit einem Pflaster bedeckte und die Weisung gab, im Spital Hülfe zu suchen.

Status. Der Knabe trifft eine starke halbe Stunde nach dem Unfall im Spital ein. Er ist noch im Stande die Treppe hinaufzusteigen, wobei er von zwei Kameraden geführt wird.

Der Knabe ist blass, klagt Schmerzen im Bauch. Die Temp. 35,6, Puls von mittlerer Frequenz und Stärke, nicht schlecht. Das Abdomen ist aufgetrieben und in den untern Partien entschieden gedämpft. Druck auf's Abdomen schmerzhaft. Ueber den Lungen normaler Schall und Athmungsgeräusch; normale Grenzen.

Eine Viertelstunde später bekommt Pat. Schlucksen, was ihm besonders Schmerzen

[1]) *Lücke*'s Fall ist in der Dissertation von *Mercanton*, 1875, Strassburg, beschrieben.
[2]) *Marion Sims*, Brit. med. Journal, 1882, 1002 ff.
[3]) *Kraske*, Centralbl. f. Chir., 1881, Nr. 3.



im Epigastrium verursacht. Gegen halb 8 Uhr erbricht Pat. eine dicke braungelbe Masse von Speiseresten in grosser Menge: es sind jetzt $2^1/_2$ Stunden seit dem Schuss her. In dieser Zeit nahmen die Schmerzen stetig zu. Der Knabe ist blasser geworden und zeigt einen mehr verfallenen Ausdruck. Der Puls ist zusehends kleiner geworden.

Status um 8 Uhr, 3 Stunden nach der Verletzung: Der Knabe sieht blass aus, etwas eingefallen, hat Schlucksen und ein über das andere Mal Brechneigung und Erbrechen. Er erbricht einen dicken, sauer riechenden Brei in grosser Quantität.

Abdomen gespannt. Das Epigastrium bis zum Nabel zeigt tympanitischen Schall, vom Nabel abwärts ganz intensive Dämpfung, vollständiger Schenkelton. Auch die Seitengegenden sind gedämpft, schon ein leises Anklopfen, namentlich der gedämpften Stellen, erregt sehr starken Schmerz.

In der verlängerten Mammillarlinie die Leberdämpfung in normaler Höhe, dagegen in der linken Leberlappengegend ist es auffällig, dass tympanitischer Schall besteht.

In der Parasternallinie links unmittelbar oberhalb des Rippenrandes findet sich eine rundliche Wunde von ca. $^1/_2$ cm. Durchmesser mit rothen geschürften Rändern in der Ausdehnung von 3—4 mm.

Der Catheter geht leicht in die Blase und entleert etwa 60—70 ccm. klaren Urin. Die Dämpfung unten am Bauch bleibt bestehen.

Operationsbericht. Es wird a tempo die Laparotomie ausgeführt. Einwicklung der Arme mit Flanellbinden. (Der Operationssaal ist ganz kalt.) Narcose erst mit Chloroform, dann mit Aether. Toilette und Instrumente mit Carbol. Schwämme aus gekochtem Wasser. Irrigation der Därme mit lauwarmem $2^0/_{00}$ Bism. subnitr.-Mischung. Der Hautschnitt überragt den Nabel nach oben etwa um 7, nach unten um 3 cm.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle im Bereich des Nabels floss plötzlich eine grosse Menge schwarzrothen flüssigen Blutes aus. Bei breiter Eröffnung zeigte sich das Abdomen mit Blut überschwemmt. Dieses Blut wurde mit Schwämmen sorgfältig ausgetupft; die Därme prolabirten nun spontan, wurden mit lauwarmer Bismuthlösung gereinigt und die ganze Zeit während der Operation in warme Tücher eingewickelt erhalten. Jetzt wurde der Magen mit den Fingern gefasst und vorgezogen. Die Schussöffnung konnte ziemlich leicht, im Bereiche der grossen Magencurvatur gegen den Fundus ventriculi hin an der Vorderfläche gefunden werden.

Die Wunde war rundlich, scharf, wie herausgeschnitten, von ca. $1^1/_2$ cm. Durchmesser. Es entleerte sich beim Anziehen des Magens Gas aus derselben, da die Wunde stark klaffte. Die Ränder der Magenwände bluteten noch, doch mässig, ein Ausschuss konnte nicht gefunden werden: die Kugel musste also im Magen stecken geblieben sein.

Die Wunde selbst wurde zunächst mit 2 Catgutnähten, wie eine gewöhnliche Wunde, geschlossen und darüber auf eine Länge von ca. 3 cm. eine *Lembert*'sche Darmnaht mit Seide angelegt. Die Catgutnähte gingen durch die ganze Dicke der Magenwand und stillten die Blutung.

Die Bauchhöhle wird noch einmal gründlich gereinigt mit Schwämmen, und als die Blutung vollständig gestillt zu sein schien, wurden die Därme wieder in die Bauchhöhle reponirt unter Bismuthirrigation und die Wunde mit 3 *Billroth*'schen Plattennähten geschlossen. Aeusserlich wurde noch eine feine Naht mit Seide gemacht und eine Schicht Bismuthbrei aufgestrichen.

Verband mit Carbolkrüll, Watte und Leibgurt.

Gleich nach der Operation war der Junge sehr blass, Puls klein und frequent (128).

1. October 1883. Pat. ist ruhig, klagt weniger über Bauchschmerzen als gestern. Puls ist voll, frequent (140). Pat. sieht weniger blass aus als gestern. Kein Stuhlgang. Seit der Operation hat Pat. nicht mehr erbrochen. Zunge nicht belegt. Urin normal. Keine Dämpfung mehr im Abdomen. Empfindlichkeit sehr gering.

2. October. Pat. fühlt sich sehr gut, hat keine Spur Schmerzen im Bauch. Bauchwandung schlaff, Zunge normal, Temperatur normal, Puls frequent. Morgens 92, Abends 128. Urin enthält viel Urate, kein Eiweiss. Pat. bekommt alle 2 Stunden ein Löffel Fleischbouillon und Wasser mit Marsala zu trinken.

3. October. Gleicher Status. Puls zwischen 100—112. Verbandwechsel. Etwas Bismuthbrei wird wieder auf die Wunde gestrichen. — Pat. hat gut geschlafen. Zunge nicht belegt. Urin sedimentirt weniger.



5. October. Puls 100, voll. Pat. fühlt sich sehr gut und hat einen festen Stuhl gehabt, in welchem die Kugel nicht zu finden war. Keine Schmerzen.

6. October. Verbandwechsel. Die Wunde ist fast geheilt, alle Nähte werden entfernt (Silbernähte wie seidene). Bismuthbrei auf die Wunde. Pat. hat gar keine Schmerzen. Puls ist 100—112. Temperatur normal. Pat. hat wieder Stuhl ohne Schmerzen; keine Kugel. Pat. bekommt verdünnten Griesbrei, etwas mehr zu trinken und eingeweichtes Milchbrod.

7. October. Pat. ist ruhig gewesen, hat keine Schmerzen. Puls 100 am Morgen, 120 am Abend.

8. October. Pat. klagt etwas über Schmerzen in der l. Brusthälfte gegen den Magen zu. Percussion der Brust ergibt nichts, aber der Magen scheint durch Gase sehr erweitert zu sein. Pat. bekommt noch einen Stuhl (ohne Kugel). Puls 112—115. Pat. bekommt die halbe Kost.

10. October. Verbandwechsel. Die Ränder der Wunde klaffen etwas am obern Zipfel auseinander. Die Umgebungen der 3 Löcher der tiefen Nähte sind links geschwollen und geröthet. Bei Druck entleert sich eine grössere Menge Eiter, derselbe ist dick, graulich gefärbt. Es wird Jod auf die Stichstellen gestrichen und eine Schicht Bismuthbrei auf die ganze Wundenregion gepinselt. Puls 122 Morgens und 128 Abends. Pat. hat 3 feste Stühle (ohne Schmerzen) gehabt. Pat. bekommt immer die halbe Kost und trinkt zum ersten Male rothen Wein.

11. October. Verbandwechsel. Secretion stark, aber wenig Retention im Abscess. Jodbepinselung, Bismuthbrei auf die Wunde. Verband mit Carbolkrüll. Pat. hat keine Schmerzen. Temperatur normal. Urin enthält Urate, aber kein Eiweiss.

Am 16. October steht Pat. auf. Die Stichabscesse seceruiren blos noch minim, der obere Theil der Wunde granulirt (die Nähte waren etwas zu früh entfernt worden).

Epikrise: Bei dem zusehends stärker werdenden Collaps des Knaben innerhalb der ersten Stunden nach der Verletzung, dem stetig kleiner werdenden Pulse, dem Erbrechen, Schluchsen, der Auftreibung und Spannung des Abdomen, ganz besonders dem Auftreten einer Dämpfung ausgesprochener Art in den untern Partien des Abdomen mit exquisiter Empfindlichkeit zumal im Bereich dieser Dämpfung, konnte kein Zweifel bestehen an dem Vorhandensein einer Perforationsperitonitis im Anfangsstadium.

Die Wunde befand sich an der Vereinigungsstelle des 8. mit dem 7. Rippenknorpel und hatte hier den knorpligen Rippenrand perforirt. Obschon nun eine stärkere Blutbeimischung zum Erbrochenen nicht nachweislich war — nur das erst Erbrochene hatte eine braune Farbe — so lag doch die Annahme einer Perforation des Magens am nächsten und erschien demgemäss die Ausführung der Laparotomie dringend. Obschon nun am späten Abend alle Vorbereitungen sehr rasch getroffen werden mussten und im ungeheizten Zimmer operirt wurde, so wurde doch der ziemlich lange dauernde Eingriff und die sehr gründliche Toilette des Peritoneum ganz gut vertragen und der Zustand des Patienten war gleich nach der Operation ein ganz erheblich besserer. Der Erguss in's Peritoneum war, wie in diesen Fällen in der Regel, der Hauptsache nach Blut, allein die Missfarbe desselben deutete auf Veränderung desselben hin offenbar durch Beimischung von flüssigem Antheil des Mageninhaltes und Magensaftes. Bei der Operation trat blos Gas aus der Wunde.

Die Kugel wurde gar nicht gesucht, da sie bei dem Fehlen einer Ausschussöffnung im Magen stecken musste und daher ihre Entfernung der normalen Peristaltik überlassen werden durfte.



III. Gastrotomie wegen Fremdkörper. Heilung.

Abraham Gaffner, 37 Jahre alt, Landarbeiter, von und zu Beatenberg.

Anamnese den 28. April 1880.

Am 2. April 1880 war Pat. mit Annageln von Schindeln an seinem Hause beschäftigt und hielt dabei einen $1\frac{1}{2}$ Zoll langen sogenannten Blechnagel im Munde, mit dem Kopfe nach dem Munde zu; unversehens verschluckte er plötzlich diesen Nagel und hatte dabei das Gefühl als ob er etwas oberhalb des Manubrium Sterni stecken geblieben wäre; Dyspnœ hatte er keine. Er ging sofort zum Arzte, welcher ihn mit einer Schwammsonde untersuchte und dann erklärte, der Nagel befinde sich nicht mehr im Halse; er verordnete ihm Ol. Ricini und befahl jedesmal den Stuhl zu untersuchen; seither inspicirte Pat. denselben regelmässig, war aber bis jetzt noch nicht so glücklich, das Corpus delicti darin zu finden.

Inzwischen hatte Pat. schon vom 2.—3. Tage an das Gefühl, als ob sich der Nagel im Magen befinde und zwar einige Cm. oberhalb des Nabels, indem er daselbst eine eigenthümliche Empfindung von Drücken verspürte, welche er früher nie gehabt hatte. Eigentliche Schmerzen hatte er dagegen nicht; Erbrechen stellte sich nie ein, dagegen häufig Brechneigung, woran er sonst nicht litt. Blut erbrach er nie, auch bemerkte er keines im Stuhl.

Pat. schluckt seither normal, die ersten 2—3 Tage nach dem Unfall verspürte er beim Genuss fester Speisen noch etwas Schmerz in der Höhe des Manubrium Sterni, welcher seither ganz verschwunden ist.

Die Beschwerden im Magen sind am grössten, wenn Pat. nüchtern ist, sind bedeutend schwächer, wenn er gegessen hat. Appetit stets gut. Stuhlgang regelmässig, alle Tage einmal. Pat. war früher mit Ausnahme von Gliedersucht stets gesund, hatte nie Magenbeschwerden.

Status vom 28. April 1880. Pat. ist ein kräftig gebauter, etwas anämischer Mann. Lungen normal.

Herzstoss im v. I. C. R., nach aussen von der Mamillarlinie; Dämpfung nach rechts bis zum rechten Sternalrand; an allen Ostien ein blasendes systolisches Geräusch, am lautesten über der Pulmonalis. Beide Pulmonaltöne lauter als die Aortentöne.

Im Urin kein Eiweiss. Keine Oedeme.

Die Magengegend zeigt weder für Inspection noch für Palpation und Percussion etwas Abnormes; dagegen hat Pat. spontane Schmerzen einige Cm. oberhalb des Nabels. Appetit und Stuhl normal.

In Ermangelung einer langen Knopfsonde wird Pat. mit einem langen, aus 3 Stücken (angeblich aus Fischbein) bestehenden Münzenfänger sondirt; ein harter Körper wird nicht gefühlt, dagegen passirt dabei das Unglück, dass der mittlere Theil des Instrumentes zerbricht und so der untere 28 cm. lange Theil im Magen bleibt; die Extraction desselben mit Zangen und Münzenfänger gelingt leider nicht und so wird die Gastrotomie in Aussicht genommen für morgen.

Pat. bekommt ein hohes Clysma, 2 grmm. Natron salicyl. und eine Morphiuminjection.

Operation am 29. April 1880.

Schrägschnitt 2 cm. vom Rippenrand entfernt. Da es sich um einen sehr kräftigen muskulösen Mann handelt, so mussten sehr dicke Muskellagen durchschnitten und reichliche Unterbindungen gemacht werden. Namentlich war über dem Transversus, durch eine fettreiche Zellgewebs- und Fascienlage getrennt, der Obl. abd. ext. zu durchschneiden.

Es präsentirten sich erst die Därme und das Netz und an letzterem konnte der Magen hervorgeholt werden. Er wurde stark herausgezogen, so dass er sich von selbst einklemmte, mit 2 Fadenschlingen gefasst und durchschnitten in Länge von 3 cm. unter starker Blutung (etwa 10 Ligaturen) in der Mitte zwischen grosser und kleiner Curvatur an der Wundfläche. Die Mucosa war schön sammtartig.



blutroth. Der Magen war vor der Operation mit Salicylwasser ausgespült worden.

Der abgebrochene Münzenfänger war im Fundus gebogen, mit seinem korbförmigen Ende zu fühlen und konnte nach einigen Versuchen extrahirt werden. Nagel wurde keiner im Magen gefunden. Naht des Magens mit 10 *Lembert*'schen Peritonealnähten, noch einmal übernäht. Mucosa nicht gefasst. Reposition des Magens. Antisepsis mit Carbol und Spray.

Das Peritoneum der Bauchwand wurde für sich genäht, die Hautwunde drainirt und oberflächlich genäht. Morphiuminjectionen, absol. Diät; nur etwas alcal. Wasser und Clysmata mit Brühe und Eiweiss.

29. April Abends. Pat. hat nicht gebrochen, hat auf eine Morphiuminjection von 0,012 lange geschlafen, schwitzt sehr stark.

Temp. Abends 37,6, Puls 84, kräftig. Pat. bekommt per Os nur Eispillen, per Clysma Mittags und Abends Bouillon mit je 3 Eiweiss.

Abends wieder Morphiuminjection von 0,008.

30. April. Pat. war ruhig in der letzten Nacht, hat nie gebrochen, hatte jedoch einmal etwas Uebelkeit.

Temp. Morgens 37,4, Puls 80, Zunge feucht. Der Verband wird gewechselt, obschon nicht durchtränkt; Wunde von gutem Aussehen; Abdomen leicht aufgetrieben, auf Druck mässig empfindlich.

Ord.: Magnesia usta, 1 Messerspitze auf 1 Glas Wasser zum Neutralisiren des Magensaftes; hie und da ein Schluck zu nehmen.

Temp. Abends 37,8, Puls um 80 herum.

1. Mai. Pat., der gestern Abend kein Morphium bekam, hat etwas Schmerzen gehabt letzte Nacht.

Kein Erbrechen. Zunge feucht.

Verband gewechselt, um die Drains zu entfernen. Wunde aseptisch. Abdomen etwas aufgetrieben; auf Druck nicht empfindlich.

Im Vormittag tritt ein dünner Stuhl ein und Pat. fühlt sich nachher sehr erleichtert. Am gleichen Tag noch ein dünner Stuhl.

Temp. Abends 38,2, aber Puls nicht frequenter, Zunge feucht. Urin wird gut gelassen, nicht carbolhaltig.

2. Mai. Auf eine Morphiuminjection hat Pat. ordentlich geschlafen, hat nur wenig Schmerzen in der Wunde. Abdomen weich. Kein Erbrechen.

Temp. Morgens 37,4, Abends 38,4.

3. Mai. Verbandwechsel. Wunde etwas geröthet; geringe Retention von serösem Secret. Allgemeinbefinden sehr gut.

Temp. Abends 37,8.

4. Mai. Verband gewechselt. Status idem.

5. Mai. Heute wird die geröthete Wunde gejodet. Immer Retention von bräunlichem Secret.

Temperatur normal. Zunge immer feucht. Täglicher Verbandwechsel.

9. Mai. Bei täglichem Verbandwechsel und Jodbepinselung der Wunde mit ihrem Recessus unter der Haut ist die Secretion eine nicht ganz unbedeutende geworden.

Temp. stets normal. Subjectives Befinden des sehr geduldigen Pat. ein gutes, nur beginnt der Hunger ihn zu plagen.

Nähte entfernt.

13. Mai. Die Secretion der Bauchwunde beginnt geringer zu werden; die Temperatur stets normal. Der ziemlich stark abgemagerte, blasse Pat. bekommt heute (14 Tage nach der Operation) zum ersten Male etwas Kraftbrühe per os.

15. Mai. Pat. hat die löffelweise gereichte Brühe gut vertragen, bekommt daneben heute noch Milch. Clysmata (mit etwas Marsala gereicht, seit etwa 4 Tagen) fortgesetzt.

17. Mai. Die alle 2 Tage seit dem 15. verbundene Wunde secernirt weniger und beginnt sich zu verkleinern.



Pat. bekommt seit heute auch die 9 Eiweiss pro die per os und die Clysmata werden ausgesetzt.

20. Mai. Pat. hatte seit etwa 8 Tagen keinen Stuhl und daher ein sehr ausgedehntes Abdomen. Kleine Klystiere hatten keinen Effect und erst eine grosse Irrigation brachte Stuhl zu Stande.

Die Wunde verkleinert sich schön. Allgemeinbefinden gut; keine Schmerzen in der Magengegend, dagegen glaubt Pat. den Nagel seit einigen Tagen in der Ileocœcalgegend zu fühlen.

27. Mai. Pat. bekam seit 3 Tagen Brei, seit 1 Tag gehacktes Fleisch zu essen und steht heute auf.

28. Mai. Die Wunde bis auf 2 erbsengrosse, granulirende Stellen geheilt.

Pat. bekommt heute Milchbrödchen.

Pat. glaubt den Nagel hie und da unter dem l. Hypochondrium zu fühlen.

1. Juni. Pat. klagt heute Morgen über Spannung im Leibe; man sieht die Unterbauchgegend stark vorgewölbt bis über den Nabel durch einen kugligen Tumor mit gedämpftem Schall, der sich durch den eingeführten Katheter als die ausgedehnte Blase entpuppt; 1000 ccm. normalen Urins entleert. Pat. hatte heute Morgen noch etwas Urin entleert, aber wenig; keine Strictur, der Katheter findet nur ein geringes Hinderniss, offenbar durch Verziehung der Urethra durch die Blase bedingt. Als Ursache der Retention ist die starke Füllung des Rectums zu beschuldigen. Pat. war mehrere Tage verstopft und hatte gestern auf Clysma nur wenig Stuhl. Hohes Clysma mit 1 Liter Wasser.

8. Juni. Pat. brauchte seit dem 1. Juni nicht mehr kathetrisirt zu werden, hat aber immer noch etwas Schwierigkeit beim Uriniren, indem er sich mehr anstrengen musste. Allerdings ist auch die Grundursache noch nicht gehoben, indem trotz täglicher grosser Clysmata zum Theil mit Lagewechsel, immer noch der Darm voll Fæcalmassen ist.

8. Juli. Pat. heute gesund entlassen, hat keine deutlichen Beschwerden mehr von seinem Nagel.

Wunde geheilt, zuweilen eitert noch eine Ligatur heraus.

Am 8. März 1881 gab sein Arzt, Dr. *Müller* auf St. Beatenberg, folgenden Bericht: Gaffner hat seither „fest" gearbeitet und sich völligen Wohlbefindens erfreut, abgesehen von Auftreibung und Ructus nach den Mahlzeiten. Er hat guten Appetit, regelmässigen Stuhl, reine Zunge.

Nussbaum kennt 13 Gastrotomien wegen Fremdkörper und davon sind 11 geheilt. Es ist also hier, wie leicht verständlich, die Prognose ungleich günstiger, als bei Verletzungen des Magens von zufälligem Ursprung, aus dem einfachen Grunde, weil die künstliche Verletzung bei prolabirtem Magen angelegt und dadurch der Austritt von Mageninhalt in die Bauchhöhle verhütet wird. Bei Fremdkörpern, wie der uns vorliegende, konnte von einem exspectativen Verhalten keine Rede sein. Wegen des Nagels hätten wir uns kaum zur Gastrotomie entschlossen, da derartige Körper verhältnissmässig leicht den Verdauungstract durchwandern und spontan abgehen. Allein es handelte sich um einen 28 cm. langen Münzenfänger mit einer scharfen Bruchstelle des einen Endes. Wir hatten uns nämlich extra in einen gewöhnlichen Münzenfänger aus Fischbein einen Einsatz machen lassen und der Fabrikant hatte statt des bestellten Fischbeins eine Hartgummimasse genommen, welche wie Glas zersprang und so unglücklich, dass das untere Ende im Magen sich feststemmte. In unserem Vorgehen haben wir uns an die üblichen Vorschriften gehalten und den Magen mittelst Seidenschlingen verlässlich in der Wunde fixirt, so dass wir ihn während der Operation einer Ausspülung unterwerfen durften, die allerdings im Allgemeinen nicht gerade empfehlenswerth ist. In diesem Falle haben wir noch den Spray auf die Wunde angewandt, den wir jetzt vermeiden.



IV. Drei **Gastrostomien** wegen krebsiger Stenose des Oesophagus mit einem glücklichen Ausgang.

Rudolf Bohner, 54 Jahre alt, Schreiner, von Wiedlisbach in Locle.

Vor 14 Monaten bekam Pat. Schmerzen im Epigastrium, die ohne Unterschied der Nahrung, bei jeder Mahlzeit während des Essens selbst auftraten. Zwischen hinein nur hatte er hie und da etwas Brennen daselbst. Sonst war er wohl, hatte Appetit, brach nicht. Pat. arbeitete bis zum Spitaleintritt. Erst im letzten Sommer trat eine Verschlimmerung ein. Pat. konnte wohl noch schlingen, allein er fühlte, wie tief in der Speiseröhre die Speisen stecken blieben. Pat. musste sie dann wieder herauswürgen. Bei dem Herausgewürgten war nie Blut. Zuerst waren es die Kartoffeln, die nicht mehr in den Magen gingen, dann Brod und Fleisch etc. Letzteres ist er seit ca. 1 Monat zu essen verhindert, flüssige Nahrung passirt ungehindert.

Seit Anfangs September wird er sondirt, je nach Bedürfniss, d. h. je nachdem das Schlucken stark oder wenig behindert war. Das Essen war nach dem Sondiren immer bedeutend erleichtert. Die Schmerzen sind seit 14 Tagen stärker und anhaltend.

Der Stuhl war regelmässig, eher etwas angehalten.

Pat. will bedeutend gemagert sein.

Sonst ist er gesund. War vorher oft krank. Hatte 2 Mal Lungenentzündung, 1845 hatte er als Recrut Nervenschwäche und machte eine Cur in Niederbaden, Typhus anno 1853, ein Geschwür am Rücken (1857), die Gelbsucht etwa 2 Jahre später, anno 1850 will er mit der „Auszehrung zu thun gehabt haben". 6 Kinder, gesund. Der Vater starb, 73 Jahre alt, an Flussfieber (acut), die Mutter starb 46 Jahre alt, war geisteskrank.

Pat. weiss nichts von Læsionen der Speiseröhre.

S t a t u s 13. December 1879.

Magerer Mann, gut aussehend, etwas blasse Schleimhäute, Zunge nicht belegt; Puls frequent, regelmässig, nicht leicht unterdrückbar. Keine Drüsenschwellungen am Hals. Herzdämpfung normal. Herztöne schwach, aber rein. Lungen dehnen sich vorne gut aus. Unter den Claviculæ normale Athmung.

In den hintern untern Lungenpartien ebenfalls Percussion und Auscultation normal. Am Aussenrand des r. Sacrolumbalis eine Längsnarbe, der Tiefe etwas adhärent.

Abdomen eingefallen, besonders im Epigastrium, weich. Der tympanitische Schall des Magens überragt den Rippenrand um 2 Querfinger und reicht vom Ende des Knorpels der 10. Rippe bis an den Rand des Rectus.

In den Leisten keine Drüsenschwellungen.

An den Genitalien keine Veränderungen.

Bei Einführen der Oliven findet man am untern Ende des Oesophagus einen Widerstand, a u c h f ü r d i e k l e i n s t e n N u m m e r n n i c h t p a s s i r b a r.

Deshalb wird mit Einwilligung des Patienten die Gastrostomie beschlossen.

15. December. Klinische Operation. Nachdem Pat. gestern und vorgestern Abends grosses Clysma erhalten und gestern nur mit Kraftbrühe und etwas Wein genährt worden war, gab man ihm heute Morgens gar nichts in den Magen ausser einer Dosis Brausepulver zu Beginn der Operation, welche der Schwäche wegen ohne Narcose mit Localanästhesie, nach dem Urtheil des Pat. ohne bedeutende Schmerzen ausgeführt wurde. 5—6 cm. lange, unter allen antiseptischen Cautelen (Dampfspray 2% und auch sonst Carbolverfahren) ausgeführte Incision entlang dem Rippenrand von dem 10. Rippenknorpel aufwärts. Obliquus und transversus und fascia lata durchtrennt, nach sorgfältiger Stillung der geringen Blutung das Peritoneum eröffnet; der aufgeblähte Magen lag vor der Oeffnung.

Eine Partie der grossen Curvatur wird in die Wunde eingenäht durch 6 peritoneale und 6 oberflächlichere Nähte; der Magen wurde stets in der ganzen Dicke der Wand durchstochen und vor der Anlegung der Nähte zur Fixirung an 2 dicke Seiden-Haltligaturen befestigt.

Während der Naht bestand eine kleine Blutung in der Tiefe des untern Wundwinkels, die dann stand und deren Ursprung nicht sichtbar. Die Eröffnung des Magens wird auf eine spätere Sitzung verschoben. Listerverband. Pat. überstand die Operation sehr gut.



Abends. Brach nie. Hatte in der Wunde etwas Schmerzen. Befindet sich wohl. 2 Nährklystiere heute. Soll bis morgen Mittag im Ganzen 6 Eiweiss in je einigen Löffel gekochtem Wasser erhalten. Puls 92, von guter Qualität.

17. December. Pat. war wohl; bekam seine 6 Eiweiss pro die und 3 Nährklystiere. Ganz geringe Schmerzen. Brach nie, kein Stuhl. Puls gut, voll, nicht beschleunigt. Verband heute durchtränkt, entfernt. Wunde aseptisch. Abdomen flach, weich. Magenwand in der Wunde ziemlich tief liegend, wird $1^1/_2$ cm. lang incidirt unter mässiger Blutung und ein Katheter eingeführt. Durch diesen entleeren sich 15,0 ccm. einer schleimig-weisslichen Flüssigkeit (Eiweiss?), keineswegs übelriechend, stark sauer reagirend. Es wird ein Drain mittlerer Dicke eingeführt und ein einfacher Verband aufgelegt.

Pat. soll Bouillon bekommen per os und die bisherigen Eiweiss.

Gestern Nachmittag hatte Pat. 0,01 Morphium subcutan erhalten, worauf er lange und viel schlief.

19. December. Pat. sehr wohl und bei gutem Humor. Man verzichtet darauf, ihn durch die Fistel zu ernähren, so lang es durch den Oesophagus noch möglich. Die Fistel wird daher, resp. die eingeführte Drainröhre durch ein Zäpfchen einfach verstopft gehalten und 2 Mal täglich Carbolglycerinverband applicirt.

Erhält ausser dem Eiweiss 3 Mal täglich $^1/_2$ Tasse Bouillon, daneben 2 weich gesottene Eier.

Hatte heute 2 Mal ganz wenig dünnen Stuhl ohne Beschwerden. Klagt Durst.

22. December. Die Wunde ist in den Bauchdecken etwas grösser, offenbar vermöge der Einwirkung des Magensaftes, denn es fliesst oft etwas Mageninhalt neben dem Drain aus. Bekommt 1 Schoppen Milch pro die. Nähte meist ausgefallen. Magen zurückgesunken.

24. December. Es musste heute ein dickerer Drain (von der dicksten Nummer) eingeführt werden, da in den letzten Tagen sehr viel Mageninhalt ausfloss und sich die Oeffnung im Magen bedeutend vergrösserte. Pat. sehr wohl, ernährt sich mit flüssiger Kost con amore durch die Speiseröhre.

27. December. Pat. sehr wohl. Ein Wattpfropf in Guttaperchapapier in die grosse Magenöffnung eingeführt, der den Verschluss auch nur unvollständig macht. Es fliesst immer noch etwas aus. Die Bauchwunde hat sich indess in den letzten Tagen nicht vergrössert.

Gegen den Husten und mittelbar gegen das Austreten von Speisebrei bekam Pat. ab und zu *Dover*'sche Pulver. Um die Wunde herum auf den Bauchdecken etwas eczematöse Röthung.

29. December. Die stark geröthete Haut um die Wunde heute mit Collodium elast. bepinselt.

10. Januar 1880. Bis zum 5. Januar war der Verschluss der Oeffnung ein sehr mangelhafter; trotz allem Zustopfen der Oeffnung mit Verbandmaterial floss immer ein Theil des Mageninhaltes aus. Die Wunde hatte ein sehr gereiztes Aussehen, die umgebende Haut war handtellergross excoriirt. Die Fistel war fast frankenstückgross geworden und fiel dem Mann äusserst lästig. Daneben befand er sich sehr wohl. Ernährte sich reichlich und ausschliesslich von oben. Stuhl selten. Abdomen stets eingefallen.

Am 5. Januar wurde ein Apparat aus einer obern Hornplatte und unterer Caoutchucplatte bestehend eingeführt, zusammengehalten durch eine durchbohrte Schraube zum Zwecke der späteren Ernährung. Zwischen die von oben entgegengeschraubte Platte und die Wunde kommen wenige Verbandstücke zu liegen. Seit der Application dieser Platte ist der Verschluss des Magens vollständig. Täglich 1 Mal wurden die kleinen Verbandstücke in der Wunde gewechselt, ohne den Apparat zu entfernen.

Die Haut um die Wunde ist seither zur Norm geheilt, die Wunde verkleinert sich. Pat. ist sehr wohl, sitzt im Bett auf, trinkt auch Wein.

14. Januar. Ass gestern Brei und Mehlsuppe recht gut. Heute probirte er fein gehacktes Fleisch, allein dasselbe verstopfte ihm die Strictur bis Abends und Pat. war über diese Speise sehr ungehalten.

20. Januar. Verschluss sehr gut. Pat. steht seit 4 Tagen auf. Hat einen drückenden Schmerz ungefähr in der Gegend des Carcinoms.



28. Januar. Ernährungszustand recht gut. Geniesst seit 8 Tagen Fleischsaft nach *Ziemssen* (1 ℔ Fleisch per Tag). Ernährt sich noch ausschliesslich von oben.

Gestern begann der Verschluss der Wunde mangelhaft zu werden. Pat. war in der letzten Zeit täglich 1 Mal vom Wärter verbunden worden.

Gestern nun zeigte sich die Umgebung der Wunde wieder geröthet. Es floss ziemlich viel von dem Mageninhalt ab. Der Rand der Caoutchucplatte, die im Magen lag, hatte Decubitus erzeugt und hatte die Magenwand und die Bauchdecken perforirt, so dass eine Spalte entstand, die von der ursprünglichen Magenöffnung durch eine Brücke getrennt ist. Diese Brücke besteht daher aus Haut resp. Bauchdecken und Magenwand. Durch die neue Spalte sah man die Caoutchucplatte hervorragen. In der Wunde (Magenfistel) selbst sah man 2 hellrothe Höcker, offenbar prolabirte Theile der Magenschleimhaut. Die Platte war offenbar zu hart und zu dick resp. unnachgiebig und verursachte so den Decubitus.

Heute (28. Januar) wurde dann die alte Vorrichtung mit der Caoutchoucplatte entfernt, die Brücke gelassen und ein Caoutchoucballon eingeführt, wie man sie zur Tamponade der Choanen braucht, mit *Politzer*'schem Ballon aufgeblasen, aussen mit Quetschhahn verschlossen. Als Gegenstütze wurde aussen die breite Platte der alten Vorrichtung angebracht.

29. Januar. Ballon gewechselt und gereinigt. Pat. hütete seit vorgestern das Bett. Verschluss gut.

Abends platzt der Ballon und muss durch einen neuen ersetzt werden.

31. Januar. Leider sprangen obige Ballons, sobald sie einige Stunden im Magen waren und die alte Calamität besteht wieder. Es wird ein dickerer Ballon eingeführt in Form der Ballonspritzen, wie sie den Patienten zur Ausspritzung des äussern Gehörganges verabfolgt werden. Der Ballon wird ebenfalls aufgeblasen, oben mittelst eines Metallhahns verschlossen und durch den Quetschhahn vor dem Hineinrutschen behütet. Der Verschluss ist gut und Pat. wieder wohl.

5. Februar. Der Verschluss war die letzten Tage nicht vollständig. Heute bei einem Hustenstoss wird der ganze grosse Ballon ausgestossen, die Oeffnung daher sehr gross. Pat. soll auf die Wunde einen einfachen Verband haben und durch 3 Klystiere täglich (Fleischsaft und Eier) ernährt werden. Allgemeinbefinden ganz gut.

9. Februar. Die Wunde verkleinerte sich vom ersten Tage der Rectumsernährung an sehr rapid und ist nun bedeutend reducirt.

Pat. sieht allerdings seither blass und schwächlicher aus.

19. Februar. Pat. wurde vom 11. Februar an wieder vollständig per os ernährt. Die Wunde verkleinerte sich recht schön; immerhin war es nicht möglich, den Verschluss durch die Vorrichtung vom 5. Januar herzustellen. Pat. hat sich seit der Ernährung per os wieder gut erholt und wurde einfach durch festes Aufbinden eines Wattebausches vor dem Ausfliessen des Mageninhaltes geschützt.

Heute wird die Sondirung von unten versucht. Man dringt mit einem Katheter in einer Höhe von 22 cm., von der äussern Fistelöffnung an gerechnet, zur Strictur vor, fühlt daselbst am Katheter eine sehr starke Pulsation, die an dem freien Ende des Katheters sich sehr stark geltend macht und sichtbar ist (Aorta). Mit Katheter Nr. 8 dringt man durch die Strictur durch. Dann wird auch eine conische Sonde mit ziemlicher Leichtigkeit nach oben geführt. Pat. fühlt es sofort mit Sicherheit, wenn der Katheter über der Strictur ist. Aus dem Katheter fliesst neutraler, eher leicht saurer Speichel aus, während der zur Fistel ausfliessende Mageninhalt stark sauer ist. Von oben ist die Strictur mit der dünnsten Olive nicht zu passiren.

Es wird auf die äussere Oeffnung eine Pelotte angebracht, die das ganze Epigastrium ausfüllt und mittelst eines elastischen Gurtes um den Leib befestigt wird. Der Mageninhalt wird dadurch gut zurückgehalten. Die Fistel ist immer noch so gross, dass ein Finger leicht passiren kann.

Man fühlt den Pylorus ziemlich weit nach links sehr leicht, ebenso nach oben den Leberrand.

26. Februar. Die Strictur wird wieder von unten sondirt, aber nur mit Katheter Nr. 7 passirt.

Pat. isst gut, kann auch Milchbrödchen recht ordentlich essen. Dieselbe Pulsation.



Man hört übrigens hinten (zum Ausschluss von Aneurysma) im Interscapularraum kein Geräusch, noch besteht daselbst eine Dämpfung.

Strictur von oben nicht passirbar.

Pat. ist wieder recht ordentlich genährt, ist sehr ungehalten über seine Fistel.

10. März. Klinische Visite. Sondirung von unten nur mit Nr. 4 möglich. Die Pelotte verschliesst gut. Das Loch ist nur noch für einen dünnen Finger leicht durchgängig. Pat. ernährt sich von oben recht gut, isst selbst noch Brod, kein Fleisch. Ernährungszustand gut.

18. März. Die Oeffnung ist noch kleiner geworden, 1 Centimesstück gross.

Pat. hat stets Hunger; Ernährungszustand sehr gut. Steht auf und trägt die Pelotte.

16. April. Pat. schluckt immer noch gut. Die Pelotte schliesst die kleine Fistel ganz gut.

Heute wird von der Fistel aus der Oesophagus mit Katheter Nr. 3 sondirt.

29. April. Sondirung des Oesophagus von unten gelingt heute bei klinischer Visite nur mit Katheter Nr. 2.

5. Mai. Entlassung. Pat. ist gegenüber dem Aufnahmsstatus entschieden etwas fetter geworden und hat besseres Aussehen. Schleimhäute nicht mehr blass. Puls regelmässig.

Lungenlebergrenze VII. Rippe.

Herztöne rein. — Respiration überall vesiculär, nirgends eine Dämpfung.

Nirgends Drüsenschwellungen.

Pat. hat guten Appetit, schluckt besser und ist im Stande, Milch, Eier, Brühe, Kalbfleisch und Milchbrödchen zu essen.

Stuhlgang alle 3 Tage.

Abdomen noch immer etwas eingesunken. Die Fistel noch nicht überhäutet, 8 mm lang und 5 mm. breit, zeigt noch 2 vorragende Schleimhautwülste; Umgegend wenig geröthet, nicht excoriirt; Pelotte schliesst gut.

Pat. ist (laut Bericht seines Arztes, Dr. *Trechsel* in Locle) noch 2 Monate am Leben geblieben. Er konnte fortwährend Flüssigkeiten und breiige Substanzen schlucken und empfand die Fistel blos als eine Unannehmlichkeit. Er starb plötzlich an einem „Schlaganfall“. Die Fistel war bleistiftdick.

Es sind wegen krebsiger Strictur des Oesophagus schon eine erhebliche Anzahl von Gastrotomien ausgeführt worden, nach *Nussbaum* 28 ohne Antisepsis mit 100% Tod und 5 antiseptische ohne Todesfall. *Maydl*[1]) stellt schon 80 Fälle von Gastrostomie zusammen und *Le Fort* (Gaz. d. hôp. 1883, No. 90) kennt schon 105 Fälle mit 72,4% Mortalität. Wir haben von 3 Operirten 2 verloren. Der eine der Fälle starb an Collaps ohne eine Spur von Peritonitis. Er war schon auf's äusserste heruntergekommen. Er hatte 14 Tage lang keine Nahrung mehr zu sich genommen und war binnen 3 Tagen 7 ℔ leichter geworden. Obschon Pat. blos wenig mehr als 12 Stunden gelebt hätte, fand sich doch schon hübsche Verklebung des Peritoneums vor. Der andere dagegen zeigte eine Eigenthümlichkeit, auf welche wir schon bei der früher erwähnten Gastroenterostomie die Aufmerksamkeit lenkten und welche zeigt, dass auch jetzt noch bei regelrechter Antisepsis ein unglücklicher Ausgang möglich ist in analoger Weise, wie *Lauenstein* bei einer Resectio pylori ihn erlebt hat. Der Fall war am gleichen Tage und unter absolut den gleichen antiseptischen Cautelen operirt worden, wie der ausführlicher geschilderte Fall Bohner. Der Schrägschnitt längs dem Rippenrande nach *Verneuil* und *Trendelenburg* entsprach sehr gut und liess sich der Magen in beiden Fällen rasch

[1]) *Maydl*, Wiener med. Blätter, 15 ff., 1882.



auffinden und gut hervorziehen. Während er im ersten Falle so geschrumpft war, dass man ihn zunächst für den Darm halten musste und erst durch Vorziehen des Colon transversum am lig. gastrocolicum und durch Verfolgung der Cardia bis zum Foramen œsophageum Sicherheit erhielt, dass der Magen vorlag, so war er hier an seiner dicken, doppelschichtigen Wand und der arteria gastro-epiploica, sowie an dem charakteristischen Verlauf der Gefässe von der kleinen Curvatur ab- und der grossen aufwärts leicht zu erkennen.

In beiden Fällen wurde zweizeitig operirt, d. h. der Magen blos in die Wunde der Bauchwand eingeheftet mit Seidennähten und zwar erst blos peritonealen unter Anziehen des Peritoneums mit scharfen Häckchen und dann 6 (resp. 8) tiefer greifenden.

Während Bohner (s. oben) sich aber Abends relativ wohl fühlte, hatte der andere Patient (Born) 35,6 Temp., 60 Pulse, klagte starke Schmerzen und zeigte trockene Zunge, obschon nichts von peritonitischen Erscheinungen nachweislich war. Die Temperatur stieg langsam an bis 39,0 des dritten Morgens und um 10 Uhr des dritten Tages starb der Patient.

Die Autopsie zeigte ganz gute Verklebung der Peritonealflächen im Umkreis der Wunde; dagegen zeigte die Magenwand schon äusserlich eine fleckige, schmutzig-braunrothe Verfärbung und die Schleimhaut von der Operationsstelle aufwärts bis gegen den Oesophagus, wo sie sich scharf demaskirte, war schmutzig-grüngelb verfärbt mit eitrigem Schleim bedeckt und zeigte ein Netz grünlich verfärbter submucöser Venen. Peritonealhöhle und beide Pleurahöhlen enthielten schmutzig-braunrothen Erguss.

Es hatte sich, wie in dem Falle unserer Gastro-Enterostomie von der Operationsstelle aus eine septische Infection in der Magenwand selber gebildet, welche zu jauchiger Zersetzung im Magen führte und wir können die Ursache derselben nur in partieller Gangrän der Magenwand finden. Dieselbe ist eine Folge der Combination zweier Factoren, einerseits einer Naht, welche ein Stück der Magenwand zu sehr von den ernährenden Gefässen abschliesst — dieser Factor würde an und für sich blos zu Necrose führen — anderseits aber bereits bestehender Zersetzung im Mageninhalt. In dem ersteren Umstande sehen wir einen Nachtheil der zweizeitigen Eröffnung. Indem man nämlich eine circuläre Naht anlegt zu allseitiger und verlässlicher Anheftung des Magens an die Ränder der Bauchwunde läuft man Gefahr, das in der Wunde blosliegende Stück der Magenwand stark anzuspannen und so in seiner Circulation so sehr zu beeinträchtigen, dass es abstirbt. Dies ist bei sofortiger Eröffnung ungleich weniger zu riskiren, da durch dieselbe eine Entspannung eintritt, welche die Circulationsstörung beseitigt. Nach unserem Falle Born ist es vorzüglich die Schleimhaut, vielleicht auch die Muscularis, welche von der Gefahr der Necrose betroffen wird und wir möchten deshalb die Collegen aufmerksam machen, dass man doch auch nicht gar zu gut und ausgiebig nähen darf. Es ist ja sehr nöthig, die Peritonealflächen in genauen Contact zu bringen und wir könnten nicht sagen, dass wir bei einer Autopsie hier je eine Naht überflüssig gefunden hätten, im Gegentheil. Allein diese Nähte dürfen verhältnissmässig oberflächlich angelegt werden und brauchen ausser dem Peritoneum kaum mehr als die oberflächlichste Schichte der Muscularis des Magens mitzufassen. Allerdings bedarf es auch einiger tiefgreifenden Nähte zu verlässlicher Fixation des Magens, denn die Fälle von *Sédillot* und *Cooper Forster* lehren,

dass sonst der Magen ausreissen kann, allein in der Zahl dieser Nähte muss man entschieden Maass halten, wie unsere Fälle lehren. Noch wichtiger und geradezu maassgebend ist es, für gehörige Desinfection des Magens bei Operationen an demselben auch von innen her zu sorgen. Bei sofortiger Eröffnung ist durch die Entleerung schon theilweise dafür gesorgt, nicht so bei zweizeitiger Eröffnung.

Auch bei unserer Gastro-Enterostomie war es die faulige Zersetzung des Mageninhalts, welche den Exitus verschuldete. Möglich, dass auch hier partielle Necrosen des Darms oder Magens im Spiele waren, da einige tiefergreifende Nähte behufs Erhaltung einer bestimmten Richtung des abführenden Darmstücks zum Magenlumen nothwendig waren. Aber dass es nicht die Necrose der Wundränder an und für sich, sondern wesentlich die gleichzeitigen Zersetzungsvorgänge sind — hier vielleicht durch Uebertritt des Darminhaltes in den Magen, aber ganz besonders das Bestehenbleiben eines jauchenden Krebsgeschwürs begünstigt — welche Gefahr nach sich ziehen, das beweist unser Verfahren bei unserer glücklichen Magenresection evident; es muss zu einer eigentlichen Gangrän mit in der Magenwand sich fortsetzender gangränöser Entzündung kommen, wenn bedenkliche Folgen eintreten sollen.

Interessant ist die Beobachtung, welche auch schon *Lauenstein* in einem Falle gemacht hat, dass nach der Gastrostomie eine erhebliche Besserung der Strictura œsophagi und der davon abhängigen Störungen eintritt. *Lauenstein* beruft sich mit Recht auf die Analogie der Besserung der Symptome beim Mastdarmkrebs nach Colotomie. Das krebsige Ulcus wird nicht mehr mechanisch geschädigt und die daherigen Complicationen mit entzündlichen Erscheinungen hören auf.

Bei unserem Falle Bohner haben wir allerdings von unten sondirt, aber erst nachträglich, was sich ziemlich gut durchführen liess, während von oben keine Sonde mehr passirte. Wir haben auch hiefür im Catheterismus posterior Analogien, welche weitere Worte zur Erklärung überflüssig machen. Unsere Sondirung von unten trug wohl dazu bei, dass Patient bis zu seinem Tode wieder Speisen schlucken konnte und wir deshalb statt Dankes Vorwürfe von seiner Seite ernteten, dass wir ihm so „unnützer Weise" ein Loch in den Magen gemacht haben.

Puncto Indication zur Gastrostomie lehrt der letztere Fall, dass sie sich doch wesentlich auf impermeable Stricturen zu beschränken hat. Allerdings hat *Escher* [1]) einen Fall 4 Monate am Leben erhalten und in *Petit*'s [2]) Zusammenstellung sei ein Fall aufgeführt, wo 6 Monate lang der Patient am Leben blieb. Allein eine nicht geringe Zahl der Operirten ist eben doch der Operation erlegen und bei den Ueberlebenden ist der Verschluss des Magenmundes trotz der Verbesserung der Obturatoren (durch *Escher* u. A.) immerhin unsicher und daherige Beschwerden nicht ganz zu vermeiden. Es ist jedenfalls wünschenswerth, eine recht kleine Oeffnung in der Bauchwand und im Magen anzulegen, um sie besser beherrschen zu können und in einzelnen Fällen möchte wohl die blosse Gastrotomie mit Er-

[1]) *Escher*, Centralbl. f. Chir., 39, 1880.
[2]) *Petit*, Traité de la Gastrotomie, Paris, 1879.



weiterung der Strictura œsophagi durch Catheterismus inferior und nachheriger Magennaht ihre Berechtigung haben, gerade so gut, wie man dieselbe für gewisse Fälle von Stenosis pylori vorgeschlagen hat.

Bern, 16. October 1883.

Vereinsberichte.

XXVII. Versammlung des ärztlichen Centralvereins.

Samstag den 27. October 1883 in Olten.

Präsident: Dr. *Sonderegger*, Schriftführer ad hoc: Dr. *Zimmerlin* (Ober-Entfelden).

(Schluss.)

Rasch vollzog sich bei schon vorgerückter Zeit der Scenenwechsel.

VI. Dr. *A. Baader*, als provisorischer Verwalter der Hülfskasse für Schweizer Aerzte, erstattet kurzen Bericht über den Stand derselben. Bekanntlich soll nach dem Beschluss der schweizerischen Aerzte-Commission [1]) sein Project, das den Aerzten als Beilage zum Corr.-Bl., sowie den medicinischen Vereinen zugesandt wurde, im Laufe dieses Winters in den ärztlichen Vereinen discutirt werden; aus den eingereichten Vorschlägen und Wünschen würde dann die schweizerische Aerzte-Commission die Statuten endgültig gestalten, und so die Kasse definitiv in das Leben treten. Vorläufig ist auf den Vorschlag von Prof. *Burckhardt-Merian* das württemberger System, das nur freiwillige Beiträge vorsieht, zur Ausführung gekommen.

Dieser Modus hat bis jetzt nach einer Seite hin sehr erfreuliche Früchte getragen: die eingegangene Summe ist hoch, dagegen die Zahl der Geber nicht so stark, als zu wünschen wäre. Bis zum 5. November [2]) gestaltet sich die Theilnahme so:

	Zahl der patent. Aerzte 1881	In einem ärztl. Verein 1881	Zahl der Spender	Summe Frkn.
Aargau	97	59	29	502
Appenzell	29	26	4	50
Baselstadt	59	48	9	495
Baselland	21	16	3	85
Bern	186	164	72	1317
Freiburg	33	22	3	65
St. Gallen	119	112	29	610
Genf	79	50	5	130
Glarus	22	19	7	115
Graubünden	62	50	—	—
Luzern	78	50	21	370
Neuenburg	52	30	11	143
Schaffhausen	27	20	4	50
Schwyz	26	9	2	20
Solothurn	28	21	5	200
Tessin	106	?	—	—
Thurgau	51	42	20	380
Transport	1075	738	224	4532

[1]) Corr.-Bl. pag. 314.

[2]) Bis 5. December nur ganz unwesentlich verändert.



	Zahl der patent. Aerzte 1881	In einem ärztl. Verein 1881	Zahl der Spender	Summe Frkn.
Transport	1075	738	224	4532
Unterwalden	18	16	—	—
Uri	7	4	2	20
Waadt	120	91	5	195
Wallis	23	16	1	10
Zürich	184	149	53	1620
Zug	15	13	7	90
	1442	1027	292	6467

Die Betheiligung ist also sehr ungleich und im Ganzen noch ungenügend.

Von der eingegangenen Summe sind 3000 Fr. auf Obligationen von Hypothekarkassen und 3000 Fr. in der Ersparnisskasse angelegt; die Titel sind bei der Bank in Basel deponirt.

Graubünden ist zurückgeblieben, weil die dortigen Collegen zuerst über die eigene Kasse berathen wollen; sie haben nämlich, wie Ref. erst jetzt erfuhr, eine cantonale Hülfskasse von 2130 Fr.

Was uns anspornen soll, vorwärts zu gehen, ist das Beispiel unserer Nachbarn. Der zahlreichen Casuistik seines Referates fügt Ref. einige neue bei:

In Frankreich hat die Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France (Reservefonds 1½ Mill. Fr.) ihren zahlreichen Arbeitszweigen einen neuen beigefügt. Auf den Antrag der Section „Société de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine“ wurde ein Auskunftsbureau errichtet, das neu in die Praxis eintretenden, oder ihre bisherige Praxis wechselnden Aerzten zuverlässige Informationen über freie oder sonst angepriesene Districte gibt.[1])

Baden. Die letzte Rechnung (31. December 1882) der Wittwen- und Waisenkasse zeigt eine Reserve von 167,922 Mark; ausbezahlte Wittwenbeneficien im Rechnungsjahr 10,865 M. Die junge Unterstützungskasse für hülfsbedürftige badische Aerzte hat schon 22,000 M. Vermögen.[2])

Sachsen. Letzte Rechnung: Aerztliche Wittwen-, Waisen- und Invalidenkasse 282,585 Mark Vermögen. In den 10 Jahren des Bestandes der Invalidenkasse kamen 20 Fälle vollkommener Erwerbsunfähigkeit unbemittelter Collegen vor (Paraplegie, Fettherz, Dem. paral. senil., Emphys., Tabes, Arthrit., Erblindung, Carc., Geisteskrankheit etc.).[3])

Die österreichische Wittwen- und Waisenkasse ist nun in's Leben getreten. Bei einem Jahresbeitrag von nur einem österr. Gulden soll die Pension für 1 Person 150, für 1 Familie 300 österr. Gulden betragen.[4])

Bayern. Die 8 bayrischen Aerztekammern besitzen eine Wittwen- und Waisenkasse mit einer Reserve von 1,050,000 Mark (1881). Der „Unterstützungsverein invalider ärztl. Collegen“, gegründet 1865, zählte 1866 355 Mitglieder, jetzt 1199 und ca. 16,000 M. Vermögen. In den 17 Jahren hat er 71 Collegen mit 82,400 M. unterstützt, 1882 z. B. 21 Collegen mit 8,050 M., monatlich durchschnittlich 54 M. (andere Jahre bis 10,400 M. und 122 monatlich). 1 College wird seit 12 Jahren unterstützt; auch Nichtmitglieder werden berücksichtigt.[5])

Die Basler Buchdrucker, Gehülfen und Principale, haben eine Hülfskassen-Organisation, die ihnen gestattet, ihren Berufsangehörigen Fr. 22. 50 Krankengeld per Woche, Fr. 600 einmaliges Sterbegeld, Fr. 884 Invalidengeld jährlich zu zahlen.

[1]) Nice-médical pag. 170.
[2]) Aerztl. Mitthlgn. aus Baden, 1883, Nr. 18.
[3]) Corr.-Bl. der ärztl. Kreis- und Bezirksvereine im Königreich Sachsen, 1883, Nr. 7. Dr. *E. A. Meissner*, Grundlinien einer ärztl. Inval.-Statistik. Bericht über das Rechnungswesen 1882.
[4]) Oesterr. ärztl. Vereinszeitung, 1883, Nr. 20.
[5]) Aerztl. Intell.-Bl., 1883, Nr. 40.



Ref. glaubt, dass diese Beispiele genügen. Er hat heute der Aerztecommission die ganze Comptabilität vorgelegt und betont, dass die baldige definitive Feststellung der Statuten mit vorausgehender Berathung durch die einzelnen Vereine dringend nothwendig sei. Die Schweizer Aerzte-Commission hat heute beschlossen, vorerst einen Reservefonds von 10,000 Fr. zu bilden. — Wer sich an der Veröffentlichung der Namen stösst, kann einfach unter beliebiger Chiffre verdanken lassen oder mit Andern zusammen spenden.

Ref. schliesst mit einem Appell an die Ehre unseres Standes und die Herzen seiner Vertreter.

Präsident Herr Dr. *Sonderegger* verdankt den Vortrag des um die Hülfskasse vor Allen verdienten Collegen und zeigt an, dass die Aerztecommission nächstens ein sachbezügliches Circular erlassen werde.

Herr Bundesrath Dr. *Deucher*, der einer Einladung zur heutigen Versammlung nicht hat folgen können, schickt seinen frühern Collegen einen Gruss und meldet seine Anwesenheit an der kommenden Versammlung.

Im Laufe des künftigen Jahres 1884 soll die Versammlung des Centralvereins in Bern stattfinden, so zwar, dass die Besichtigung des neuen Cantonsspitales möglich ist — das der Beschluss der am 27. Oktober 1883 in Olten Anwesenden.

7) Herr Dr. *A. Steiger*, Luzern, spricht über die Todesart von College *Troxler*. (Das Referat kam uns für diese Nummer zu spät zu. Redact.)

Hiemit hatten die Verhandlungen ihr Ende erreicht, und es begann die Auswanderung nach dem Bahnhofe zum Bankett.

Doch ein Hinderniss war noch zu überwinden, und Viele verweilten dabei. Draussen nämlich vor dem Theatersaale wurde ein von Karl Müller in Burgdorf (Bern) hergestellter Universal-Operations-Fauteuil demonstrirt. Es ist dies ein auf Rollen leicht dislocirbares Möbel von der Gestalt eines etwas grossen, aber wohl proportionirten Fauteuils, dessen Rückenlehne in jeder Zwischenlage zwischen der verticalen und horizontalen fixirt, das zudem durch einen einfachen und soliden Mechanismus leicht in ein Bett respective Operationstisch verwandelt werden kann, und aus dem ferner mit Leichtigkeit ein Stuhl zu gynæcologischen Untersuchungen herstellbar ist. In allseitiger und überraschender Weise soll es da, wo es bis jetzt in Gebrauch steht, seinen Zwecken entsprechen. So berichtet Herr Dr. *Kummer* (Aarwangen). Der Preis beträgt ca. Fr. 250 bis 280, je nach der Polsterung.

Das Bankett vereinigte die „lebensfrischen und arbeitsfreudigen" Herren Collegen zu thätiger Geselligkeit. Die Reihe der Toaste eröffnete Präsident *Sonderegger*. Sein Wort, das von Herzen kam und zu Herzen drang, galt dem Vaterlande, das unsere „Vorfahren im Vereine so treu geliebt haben, welchem wir unsere ausdauernde Arbeit und Sorge schuldig sind, und für welches wir in unserm Berufe einmüthig einstehen wollen, indem wir das Bittere mit Humor ertragen, das Nothwendige aber mit Tapferkeit erkämpfen."

Leider war es unserm Präsidenten nicht vergönnt, nach mühevollem Tage sich zu freuen mit den Fröhlichen, Krankheit seiner Gattin rief ihn heim und nahm ihn hinweg von uns. Ihn begleiteten von allen Seiten die besten Wünsche für die Kranke. An seiner Stelle übernahm Herr Prof. *Burckhardt-Merian* den Vorsitz. Er brachte im Namen des Centralvereins den 3 aus dem leitenden Aus-



schuss scheidenden Mitgliedern den wärmsten Dank für ihr langjähriges treues Wirken.

Ihm antwortet als der älteste der abtretenden Vorkämpfer Hr. Dr. *Zehnder* (Zürich). Das darf man wohl sagen, sprach er, dass sie immer vom besten Willen beseelt waren, einzustehen für die Bestrebungen des Centralvereins. Doch will er noch eine kleine Sünde beichten und verlangt Vergebung derselben. Es will ihm nämlich scheinen, es sei zu wenig gethan worden, um die Aufhebung des Gesetzes, das die Fabrikation der Phosphorzündhölzchen betraf, zu verhindern, und es hätte damals in energischer Weise Protest eingelegt werden sollen. Wenn es auch nicht viel genutzt hätte, so wären doch unsere Bestrebungen, glaubt er, populärer geworden. Oben in den Räthen nenne man uns doktrinär, unpraktisch, Idealisten; unten schwärze man uns an als herrschsüchtige, eigennützige Kaste. Ihm erscheint es zur Erreichung unserer Ziele und zur Abhaltung der genannten Vorwürfe nothwendig, über die sanitarischen Interessen mehr mit dem Volke selbst und nicht immer nur mit den Räthen zu verkehren. Sein Hoch gilt den neuen Kräften im Centralausschuss, dem neuen Generalstabe unserer Armee.

Dr. *A. Baader* verliest folgende Zuschrift eines Collegen:

Was wir draussen sannen, thaten
Für der Kranken Wohl und Heil,
Wollt Ihr morgen ernst berathen;
Jeder helf' mit seinem Theil!
Leider kann bei der Versammlung
Wegen Krankheit ich nicht sein;

Denn Klystier' mit Opiumammlung
Müssen meine Tröster sein.
Wär' ich doch im Kreis der Zecher
Nach der Arbeit gern dabei,
Hielt' auch fleissig hoch den Becher
Auf die güld'ne Arztenei!

Er antwortete ihm:

Heil sei dir am kranken Orte!
Durch dein Opiumklystier
Schliesse sich die düstre Pforte —
Auf und Allah sei mit dir!
Allen hat es heut' gegolten:
Dir auch mit dem dunkeln Trieb;
Denn der Freundeskreis in Olten
Hält dich trotz der Abfuhr lieb.

Aber, Freund, bedenk das Eine:
Erst post mortem zahlt man baar.
Flugs drum heb' die kurzen Beine,
Rege sie noch manches Jahr.
Wenn der Fluss der alten Sünden
Durch die Ammlung stehet still,
Wirst den „Salm“ [1]) du wiedrum finden —
Hoch, was lebt und leben will!

Der Redner kommt dann auf die Neuwahl des ständigen Ausschusses des Centralvereines zu sprechen und betont, dass nur der Drang der Verhandlungen der Grund war, warum nicht sofort des leitenden Ausschusses aus der Mitte der Versammlung mit warmen Worten gedacht wurde. Die 5 Collegen haben Alles geleistet, unentwegt und unverdrossen, wir Andern nichts. Die 3 Scheidenden, die Collegen *Kummer*, *Steiger*, *Zehnder* nehmen unsere vollste Anerkennung, unsern ganzen Dank mit — die 2 Bleibenden (Dr. *Sonderegger* und Prof. *Burckhardt-Merian*) sind unseres ungetrübten Zutrauens und unserer dankbaren Anerkennung für das geleistete Werk, wie für das neue Opfer auch für die Zukunft sicher. — Denn ein Opfer ist es, in der Schweiz an exponirter Stelle für das öffentliche Gesundheitswesen zu wirken — wir brauchen nur eines andern Collegen zu gedenken, der hier bei uns sitzt, und der nach best vollbrachter Arbeit — intellectuell und materiell — das Opfer der gewöhnlichen Macht des Stärkeren wurde, Dr. *Fritz Müller*, gewe-

[1]) „Salm“ — Name einer bekannten Bierstube.



sener Präsident des leitenden Ausschusses der schweizerischen Medizinalprüfungen. Er fiel zu unserm grossen Bedauern, aber nur, weil er zum Recht hielt, zum moralischen Werth der Prüfungen und zum gleichen Recht für alle Geprüfte. Persönlichen Toasten abhold, gedenkt der Redner dieser 6 wackern Collegen und bringt sein Hoch ihren persönlichen Tugenden, die sie an unsere Spitze stellten, der uneigennützigen Hingebung und der selbstständigen Unabhängigkeit.

Dr. *C. Vögtli* (Basel) gedenkt nochmals der beiden verbleibenden Mitglieder des leitenden Ausschusses, als der Seele des Centralvereins. Er beantragt eine Depesche an *Sonderegger* zum Ausdruck des Bedauerns über seine Abwesenheit.

Prof. *Kocher* (Bern) wendet sich an den Mann, der früher schon in unserer Mitte gelebt hat und wieder der Unsere geworden ist, an den Begründer des Corresp.-Blattes, Prof. *Klebs*.

Prof. *Klebs* (Zürich), getroffen und gerührt, antwortet ihm. Es sei ihm eine Freude gewesen, wieder zurückzukehren in die Schweiz und das Werk des Centralvereins blühend vor ihm zu sehen. Doch nicht nach unten in das Getriebe der politischen Discussion, sondern nach oben findet er, im Gegensatz zu einem seiner Vorredner, die Meinungsäusserung in sanitarischen Interessen wünschbar. Auf das Blühen und Gedeihen des Centralvereins auf der Basis gemeinsamen wissenschaftlichen Strebens bringt er sein Hoch.

Dr. *Gottl. Burckhardt* (Préfargier) bringt den Gruss der Société médicale de la Suisse romande.

Dr. *Dufour* grüsst telegraphisch von Lausanne aus.

Lange vermochte unser famoser Riehly die Körper auf ihren Sitzen zu bannen, die Gedanken zogen da und dort hin, und herüber und hinüber wurde emsig zugetrunken; ehe es ihm gelungen war, sein Programm vollständig abzuwickeln, begann jedoch die Zeit der Mutationen und Platzwechsel zu fröhlichem kurzem Zusammensein und Colloquium „nach allerlei ätiologischen Momenten, wie gemeinsam verlebte Studienzeit, Heimath, Specialität etc.“, wie es anderswo heisst. Draussen in einem Vorsaal hatte Walter-Biondetti von Basel eine schöne Sammlung von Instrumenten ausgestellt, die lebhaft frequentirt wurde.

Schliesslich wurde der Bankettsaal zum Schlachtfelde, — es ist noch immer so gegangen, ungemüthlich, aber nicht gefährlich. Die immer vorwärtsstrebende und rastlos handelnde Armee verlor einen nach dem andern ihrer Tapfern, und jäh hinein in's muntere Leben drangen von aussen die Zeichen. Die Reihen lichteten sich. Mörderischem Geschützfeuer gleich, ganze Sectionen wegfegend, wirkten einzelne Mahnrufe. Die Letzten, die übrig blieben, wurden durch einen Bajonnetangriff vertrieben; fürchterlich drohend starrten ihnen — o alte Erinnerung! — die dünnen Beine der auf die Tische gestellten Stühle in langer Reihe entgegen. Rettend nahm sie der letzte Zug in der Richtung nach Aarau mit.

Das war der Tag von Olten. Viel Schönes hat er uns geboten und wohl bei jedem der Theilnehmer den vaterländischen Stolz auf die unserm Lande treu gebliebenen Vertreter der chirurgischen Wissenschaft neu genährt, die uns Schweizer Aerzten den guten Erfolg von 2 Resectionen des Magens dargethan haben.



Referate und Kritiken.

Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung des Spitals zu Basel während des Jahres 1882.

Erstattet von Prof. Dr. *A. Socin*, Oberarzt, und *E. Rauch*, Assistenzarzt.

In gewohnter Weise gibt das 152 Seiten umfassende Heft Bericht über die Thätigkeit der chirurg. Spitalabtheilung. Krankenzahl und Verpflegungstage bewegten sich so ziemlich auf der gleichen Höhe wie in den letzten Jahren. Die Summe aller Kranken war 715 (451 M., 264 W.), von welchen 671 im Laufe des Jahres austraten, 44 in's neue Jahr übertragen wurden. Der Durchschnittsbestand betrug 34,61 M., 20,42 W., die durchschnittliche Verpflegungsdauer 27,96 Tage, oder für die M. 27,84, für die W. 28,23 Tage. Die Mortalität (40 Todesfälle) war = 5,9%, für die M. = 5%, für die W. = 7,5%.

Aus der wie immer übersichtlichen und reichhaltigen Casuistik wäre viel Interessantes hervorzuheben. Wir beschränken uns auf die Anführung einiger Hauptgruppen. In dem Abschnitt Gesicht, Nasen- und Mundhöhle stossen wir auf einige seltenere Geschwulstformen, 2 Fälle von Bulbussarcom, 1 Fall von retromaxillärem angiomatösem Fibrom, und 1 Fall von angeborener Elephantiasis der r. Gesichtshälfte, complicirt mit plexiformen Neuromen.

Von 14 Fällen von Diphtherie der oberen Luftwege (Kinder) wurden 2 ohne Operation geheilt, 12 operirt, theils Tracheotomia infer., theils Cricotracheotomie, von welchen 6 starben. In 2 Fällen wurde die Totalexstirpation der Struma parench. mit gutem Erfolg ausgeführt. Ein Fall von Struma maligna starb unoperirt. Ein grosses, aus multiplen Neuromen des Sympathicus entstandenes Myxosarcom der seitlichen Halsgegend bei einem Knaben von 6 Jahren recidivirte bald nach der Operation wieder mit tödtlichem Exitus.

Das Capitel der Hernien ist wie immer in diesen Berichten ein reichliches und interessantes. 22 Fälle kamen zur Behandlung, 15 incarcerirte, 7 freie Hernien. Bei den eingeklemmten (10 inguinale, 5 crurale H.) wurde 14 Mal die Herniotomia int. meist mit sofortiger Radicaloperation vorgenommen; 5 Operirte starben, einige in Folge Necrose des Darmes. 6 Fälle von nicht incarcerirten Hernien wurden der Radicaloperation unterzogen in der von *Socin* angegebenen Weise: Auslösung des Bruchsackes, Unterbindung desselben in einer oder mehreren Partien, Abtragung desselben möglichst hoch, Naht der Bruchpforte und etagenförmige Vereinigung der Bedeckungen. In einem Falle musste fast das ganze, im Bruchsack liegende, knollig verdickte Netz resecirt werden. Von diesen 6 Operirten starb 1 (W.) an Septicæmie. — Wegen innerer Incarceration wurde eine Laparotomie ausgeführt. Es handelte sich um eine Schlingenbildung, hervorgerufen durch ein mit dem Mesenterium verwachsenes Dünndarmdivertikel, mit ringförmiger Abschnürung des darin gefangenen Darmes; Tod trotz Hebung des Hindernisses an Erschöpfung.

Die Exstirpatio mammæ mit Ausräumung der Achselhöhle wurde 14 Mal ausgeführt, 11 Mal wegen Carcinom, 3 Mal wegen anderer Tumoren, mit einem Todesfall an Marasmus. Eine supravaginale Uterusexstirpation wegen intramuraler Fibroide verlief glücklich.

Wegen pes varus congen. wurde 4 Mal die keilförmige Excision aus dem Tarsus vorgenommen, stets mit gutem functionellem Erfolge.

Von Erysipelas kamen 7, von Tetanus 3 Fälle vor, letztere mit tödtlichem Ausgang, von Pyæmie 1 Fall, Delirium tremens 2, Jodoformintoxication 1 Fall; letztere verlief rasch günstig.

Die Wundbehandlung war im Berichtsjahr für grössere Wunden der Carbolgazeverband, für kleinere öfter der Jodoformpulververband.

An den stationär behandelten Kranken wurden im Ganzen 316 Operationen ausgeführt, worunter 29 Amputationen und Exarticulationen und 26 Resectionen.

Ambulatorisch wurden ausserdem 350 Patienten behandelt, bei welchen 91 kleinere Operationen vorgenommen wurden. *Münch.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Aus der Bundesstadt. Das muss man unsern Landesvätern lassen: für das liebe Vieh und was drum und dran hängt, sind sie so besorgt, dass bei Berathung eines



Budgets alljährlich geradezu ein Wettlauf beginnt, und während der Eine für Hebung der Alp- und Milchwirthschaft Fr. 6000 verlangt, kömmt ein Zweiter und will für Hebung des Natur- und Kunstfutterbaues Fr. 5000, ein Dritter für Prämirung vorzüglicher Exemplare der Schweinerace Fr. 2000, ein Vierter für Einführung von Zuchtebern reiner englischer Race Fr. 10,000, ein Fünfter für Hebung der Pferdezucht Fr. 40,000, ein Sechster für Massnahmen gegen Schäden, welche die landwirthschaftliche Production bedrohen, Fr. 40,000, ein Siebenter für Hebung und Verbesserung der schweizerischen Rindviehracen Fr. 60,000 etc. etc., und Alles das wird nicht nur mit grosser Acclamation beschlossen, sondern es werden daneben noch grossartige landwirthschaftliche Enquêten in Scene gesetzt, die liebe Bauersame aus dem hintersten Winkel unseres Schweizerländchens nach Bern eingeladen, um sich auszusprechen, wo sie der Schuh drückt, man spricht von Drainirung, von Hebung des Futterbaues, von den Gaissenweiden im Bündnerland — nach allen Seiten leert Mutter Helvetia ihr Füllhorn aus, und vergnügt und schmunzelnd verlassen unsere Volksvertreter zu Weihnachten die Bundesstadt, um zu ihren Wählern zurückzukehren, wo ihrer bereits der Dank in Form einer ehrenhaften Wiederbestätigung wartet.

Wie ganz anders steht es mit der Sorge um den „homo sapiens!" Wer irgendwie sich dieses Verlassenen annehmen will, riskirt belächelt zu werden und hat sicher zu gewärtigen, dass ihm nicht entsprochen wird.

Bei Anlass der Berathung des Budget pro 1884 verlangte Dr. *Bruggisser* eine Erhöhung des Postens „Gesundheitswesen" von Fr. 5000 auf Fr. 8000 und begründete diesen Antrag folgendermaassen:

Laut amtlichen Erhebungen wurde in den letzten Jahren der Posten von Fr. 5000 im Gesundheitswesen grösstentheils zur Deckung des Deficits für Medicinalprüfungen verwendet, für Gesundheitswesen im engern Sinne also gar nichts gethan. Nun muss es Einen doch bemühen, zu sehen, wie für Jagd und Fischerei Fr. 30,000, für Hebung der Rindviehracen Fr. 60,000 ausgeworfen werden — was wir den einzelnen Betheiligten herzlich wohl gönnen mögen — während für Hebung der Menschenrace von Bundes wegen rein nichts geschieht! Wir beneiden die Thierärzte, denen das Bundesblatt alle 14 Tage ein Bulletin über den Stand der Thierseuchen bringt, während wir über den Gang von epidemischen Krankheiten in unserer Bevölkerung absolut nicht unterrichtet sind.

Und doch lautet das Hauptproblem der heutigen Medicin: Krankheiten verhüten; man klagt über den Niedergang des Volkes, man spricht von socialem Elende und strengt sich an, diesen zu begegnen durch Errichtung von Pflege- und Krankenanstalten, man verbessert die Volksbildung, begünstigt die Auswanderung, veranstaltet gewerbliche und landwirthschaftliche Enquêten, man bekämpft den Alcoholismus, errichtet Zwangsarbeitsanstalten, aber die Hauptsache wird dabei immer vergessen und diese besteht in einer richtigen Volksgesundheitslehre, Volksernährung und Krankheits-Prophylaxe.

Als im Laufe dieses Sommers die Cholera uns mit einem Besuche zu beehren drohte, wurde in diesem Saale, gerade 14 Tage nachdem man ein Wiedereintreten auf das vom Volke verworfene Epidemiengesetz abgelehnt hatte, an den Bundesrath die geflügelte Interpellation gestellt, welche Vorkehrungen er zu treffen gedenke, wenn die Cholera wirklich komme?

Da hiess es nun: schaffet und wehret und treffet prophylactische Anstalten! Wenn wir einem Kriegsobersten sagen würden, er solle erst Recruten ausheben und Waffen ankaufen, wenn der Feind bereits die Grenze bedroht, so würde er uns wohl mit Recht in's Gesicht lachen, und dass wir, trotzdem kein Krieg in Aussicht steht, in diesem Gebiete bessere Prophylaxis treiben, beweist unser Militärbudget mit seinen stabilen 16 Millionen!

Bekanntlich hat sich damals der Bundesrath mit Mitgliedern der Schweizer Aerzte-Commission und unter diesen ganz speciell mit Herrn Dr. *Sonderegger* in's Einvernehmen gesetzt, welch' letzterer sich mit gewohnter Energie der ihm gestellten Aufgaben entledigte.

Nun hat diese gleiche Aerzte-Commission in jüngsten Tagen an den Bundesrath ein Schreiben gerichtet, worin unter Anderem gesagt ist:



„Bei unsern gegenwärtigen Verhältnissen ist die Epidemienpolizei eine äusserst mangelhafte; sie ist improvisirt, ohne Anhalt und ohne Uebung im Volke; sie wird verlangsamt und im entscheidenden Augenblicke matt gesetzt durch die sich vielfach widersprechenden, bekämpfenden und formell bestreitbaren Competenzen der 25 Cantone und der Eisenbahngesellschaften. Wir haben, nach den vorläufigen Erfahrungen dieses Sommers, allen Grund zu befürchten, dass beim Ausbruche irgend einer schweren Epidemie diese kommen, wüthen und wieder verschwinden wird, ehe und bevor unsere Schutzvorkehrungen ausgiebig und sicher arbeiten.

Wir stellen deshalb an Ihre hohe Behörde das dringende Ansuchen, fürzusorgen, dass der Sicherheitsdienst gegen Epidemien schon in Friedenszeiten organisirt und in seinen wesentlichen Puncten so weit geregelt werde, um im Ernstfalle ohne zeitraubende Verhandlungen arbeiten zu können.

Wenn ein einheitliches eidgenössisches Gesetz jetzt noch nicht möglich ist und unser Volk wirklich des ganzen Jammers und der ganzen Verwirrung einer Epidemie bedarf, ehe es sich über doctrinäre Bedenken und über die Declamationen von Berufsopponenten hinwegsetzt, so erscheint dennoch eine bessere Vorbereitung auf Grundlage der bisherigen Bundesbefugnisse möglich und möchten wir Sie angelegentlich bitten, wenigstens für die Aufstellung einer ständigen, berathenden Commission zu sorgen und den sehr bescheidenen Posten für eine solche wieder auf das Budget zu nehmen.

Zur Stunde ist die öffentliche Gesundheitspflege und Epidemienpolizei der, leider grundsätzlich, vernachlässigte Theil unserer schweizerischen Staatsverwaltung, und wir Aerzte dürfen nicht müde werden, alle maassgebenden Behörden immer wieder auf die Gefahren unserer jetzigen Medicinal-Unordnung aufmerksam zu machen und uns gegen deren Fortdauer zu verwahren. Zudem ist unser gegenwärtiges eidgenössisches Sanitätswesen auch ein vollständig ausnahmsweises und schon deshalb schlechteres als in andern Staaten, weil wir doch nicht annehmen können, in einer reinen Erfahrungsfrage und unter gleichartigen socialen Verhältnissen, allein weise zu sein. Keiner unserer Nachbarstaaten überlässt das gesammte Sanitätswesen ganz den Provinzen, überall wird die Sammlung und Ordnung der vorhandenen Hülfsmittel für nöthig gehalten, ja Deutschland findet selbst die einzelnen Bundesstaaten zu klein, als dass bei Epidemien jeder allein vorgehen könnte. Alle europäischen Culturstaaten haben mehr oder weniger kräftige, consultative Sanitätsbehörden und vollends sind uns England und die Vereinigten Staaten Nordamerika's, die Länder der grössten persönlichen Freiheit und zugleich die besten Rechner, mit gutem Beispiele vorangegangen."

Wenn ich nun eine Erhöhung des Budgetpostens „Gesundheitswesen" von Fr. 5000 auf Fr. 8000 verlange, so bin ich mir wohl bewusst, dass damit nicht viel ausgerichtet werden kann; wir können damit keine ständige berathende Commission mit einem ständigen Medicinal-Referenten beschaffen, wie dies von der Aerzte-Commission gewünscht wird, aber wir können doch das Departement des Innern in den Stand setzen, an der Hand von Fachleuten, d. h. von Aerzten und Verwaltungsbeamteten die Fragen über allgem. Prophylaxe, über Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse, über Bodenverbesserung, kurz, über öffentliche Gesundheitspflege studiren und bezügliche Anträge stellen zu lassen, „denn die Frage über das Menschenleben und seine Bedingungen ist eine sociale Frage im erhabensten Sinne des Wortes, unabhängig von Politik", sagt Dr. *Sonderegger* in seinen classisch geschriebenen „Vorposten der Gesundheitspflege". Die Hochachtung vor persönlicher Freiheit ist bei uns so hoch cultivirt, dass wir Krankheit und Tod durch Lebensmittel, Schulen und Fabriken, Casernen und Armenhäuser, durch Brunnen und schlechte Wohnungen in die Völker hineindringen lassen. Schon *Liebig* sagte: Wir ernähren die Thiere leidlich rationell, was aber die Ernährung der Menschen, die wohlfeilste und zweckmässigste Nahrung für ganze Bevölkerungsclassen anbelangt, so sind wir noch um ein Jahrhundert zurück.

Der Statistiker weiss, dass alle grossen Seuchen ihre zahlreichsten Opfer immer und



immer wieder aus der Reihe der Armen holen, darum ist es ein Gebot der Menschlichkeit und Klugheit zugleich, die Gesundheit des Volkes zu überwachen und zu unterstützen, und die Krankheiten der Armen durch gute und rasche Pflege zu heilen.

Unser Volk hat sich ruhig den Schulzwang und den Militärzwang aufhalsen lassen, aber zu den Grundsätzen der öffentlichen Gesundheitspflege darf man bei Leibe Niemanden zwingen.

Und doch wäre Belehrung hier so sehr am Platze!

Was wird nicht im Capitel von Luft und Lüftung bei Arm und Reich gesündigt; wie wenige Leute wissen, dass wenn sie schlechte Luft einathmen, sie aus der Pfütze trinken und einem zwar langsamen, aber sichern Tod entgegengehen.

Dass die Schattenseite einer Gasse mehr Kranke und Todte liefert, als die Sonnenseite, hat die Statistik längst mit deutlichen Zahlen nachgewiesen, und doch muss bezüglich des Lichtes unser Volk immer und immer wieder die „theuere" Erfahrung machen, dass: Ove non entra il sole, entra il medico.

Und welche Erfahrungen machen wir Aerzte bezüglich der Wohnungen; wie oft kommen wir in dunkle, enge und schlecht ventilirte Gemächer, in denen eine ganze Familie wohnt, kocht, isst, wäscht und schläft und zum Ueberflusse auch noch Hühner und Vögel, Hunde und Katzen die Luft verpesten! Dass da Krankheiten en masse entstehen müssen, liegt auf der Hand, und dass hier Abhülfe dringend nöthig, zeigt uns wieder die Statistik, denn wenn wir jährlich auf 1000 Einwohner 1 Todten ersparen, so entspricht dies einer Ersparniss von 34 Krankheitsfällen. Auch die bescheidenste Familienwohnung sollte aus Wohnzimmer, Schlafzimmer und Küche bestehen; wem zu Hause nicht wohl ist, der sucht das Wirthshaus auf und mag die Alcohol-Enquête diesem Punkte ihre volle Aufmerksamkeit schenken!

Dass wir Aerzte bezüglich Nahrung und Kleidung, Wasserverbrauch und Wasserabfuhr noch viele fromme Wünsche haben, soll hier, um nicht gar zu weitläufig zu werden, blos angeführt werden; hierüber lassen sich ganze Bücher schreiben, ebenso über Kinderbehandlung resp. Auffütterung und Erziehung.

Hier sollte unbedingt ein Anstoss von Oben gegeben werden, der Bund sollte von den Cantonen Einführung von Gesundheitspflege und Lebensmittelpolizei nicht blos verlangen, sondern auch materiell unterstützen dürfen und ist gewiss eine Unterstützung so gut gerechtfertigt, wie bei irgend einem Zweige der Landwirthschaft. Derartige Fragen müssen aber studirt werden und sind nicht von heute auf morgen zu lösen.

Geben Sie der Direction des Innern Gelegenheit, an der Hand von Fachmännern, — ohne ständige Commission, wenn doch diese so verpönt ist — die nöthigen Untersuchungen und Vorschläge machen zu lassen; bewilligen Sie die beantragte Erhöhung des in Frage stehenden Budgetpostens, dann haben Sie einen grossen Schritt zur Lösung der socialen Frage gethan. [1])

Der Ausgang der betreffenden Budgetdebatte ist bekannt: der Antrag *Bruggisser*'s wurde vom Nationalrathe mit schwachem Mehr abgelehnt. In rei memoriam mag hier noch angeführt werden, dass dem Herrn med. Dr. *Tschudi* von Glarus das grosse Verdienst gebührt, die Anregung *Bruggisser*'s zu Fall gebracht zu haben.

Im Ständerath haben Göttisheim und Vigier mit viel Geschick und grosser Wärme für die gleiche Sache gesprochen; sie wurden einlässlich secundirt durch Bundesrath Schenk, aber auch hier musste der homo sapiens erfahren, dass, weil er unter den Säugethieren als das edelste zuletzt erschaffen worden sei, er fürderhin auch immer zuletzt dran komme! . . . . *r.*

Bern. Journalistik. Die von Dr. *G. Beck* in Bern mit viel Geschick herausgegebene „Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik" wird von nun an mit einer unter dem Titel „Centralblatt für orthopädische Chirurgie" monatlich erscheinenden, von Dr. *F. Beely* in Berlin redigirten Beilage zur Versendung gelangen. Wir begrüssen diese vereinigten Zeitschriften und sind überzeugt, dass die Leser von dieser Combination befriedigt sein werden.

---

[1]) Mögen unsere werthen Collegen in den eidgen. Räthen den Muth und die Geduld nicht verlieren, unentwegt bei der guten Sache auszuharren. Nit no lo, gänt. Die Redact.



St. Gallen. Dr. *Adolf Steger*, Sanitätsrath, Präsident des Bezirksgerichtes etc., starb, 60 Jahre alt, den 30. November zu Lichtensteig, der Sohn eines Arztes, der Vater von Aerzten und er selber ein sehr angesehener Arzt. Er war einer der intelligentesten Menschen, die man treffen konnte, immerdar wohlwollend und von unverwüstlichem Humor. Der behäbige Ehrenmann war ein Original in allen Stücken und hinterlässt ein sehr freundliches Andenken bei seinen Kranken wie bei seinen Collegen.

Zürich. Männedorf hat nun auch sein Krankenasyl. Durch Gaben der Einwohner kamen Fr. 26,000 zusammen, welchen Herr J. Oetiker in Genua noch Fr. 60,000 und ein Ortsbürger schenkungsweise einen geeigneten Bauplatz beifügte, so dass jetzt das sehr zweckmässig eingerichtete Krankenhaus 14 Krankenbetten sowie Isolirzimmer für contagiöse Krankheiten fasst. Die Gemeinde darf stolz sein auf das schöne Werk.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. November bis 10. December 1883.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Varicellen 9 Anzeigen aus allen Stadttheilen (11, 14). — Parotitis epidemica 6 Anzeigen zerstreut aus Gross- und Kleinbasel. (6). — Scharlach 30 neue Erkrankungen, wovon je 12 auf dem Nordwestplateau und in Kleinbasel (21, 27, 31). — Diphtherie und Croup 10 Fälle, wovon 3 in Kleinbasel (14, 10, 11). — Typhus 3 Erkrankungen (7, 3, 5). — Erysipelas 3 Anzeigen aus Grossbasel (3, 5, 8). — Pertussis 13 Anzeigen, worunter 8 vom Nordwestplateau (1, 1, 4). — Auch von Icterus sind 3 Anzeigen gemacht worden.

Hülfskasse für Schweizer Aerzte.

Vom 6. November bis zum 5. December habe ich an freiwilligen Beiträgen mit bestem Danke erhalten aus dem Kanton:

Aargau: Von den Herren DDr. *Weiss*, Brugg, 15 Fr., *A. G. Weber*, Aarau, 20 (35, früher angezeigt 502, Summa 537 Fr.).

Appenzell: Dr. *J. Koller*, Herisau, 10 Fr. (10 + 50 = 60).

Basel: Dr. *A. Hägler*, 30 Fr. (30 + 495 = 525).

Bern: DDr. *Sahli*, Bern, 10 Fr., *W. Ost*, Bern, 10 (20 + 1317 = 1337).

Freiburg: Dr. *Pégaitaz*, Bulle, 20 Fr. (20 + 65 = 85).

St. Gallen: Dr. *A. Arquint*, Alt St. Johann, 10 Fr. (10 + 610 = 620).

Luzern: Dr. *R. Käppeli*, Sursee, 10 Fr. (10 + 370 = 380).

Schaffhausen: Dr. *E. Ritzmann*, 20 Fr. (20 + 50 = 70).

Schwyz: DDr. *Diethelm*, Lachen, 10 Fr., *C. Real*, Schwyz, 10 (20 + 20 = 40).

Unterwalden: Dr. *Ad. Odermatt*, Beckenried, 10 Fr. (10).

Waadt: Dr. *P. Demiéville*, Rolle, 10 Fr. (10 + 195 = 205).

Zürich: DDr. *G. Dürst*, Winterthur, 15 Fr., *Bühler-Vögeli*, Zürich, 50, *Neukomm*, Zürich, 20, *F. Ernst*, Zürich, 50, *Sonder*, Turbenthal, 10, *Biber*, Horgen, 10, *v. Schulthess-Rechberg*, Zürich, 20, *J. Kleiner*, Herliberg, 20 (195 + 1620 = 1815).

Zusammen Fr. 380, früher angezeigt Fr. 6997, total Fr. 7377.

Basel, 6. XII. 1883. Der Verwalter: *A. Baader*.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Ost*, Bern: Freundl. Gruss und unsern Dank für Ihre sympathische Karte! — Herren Dr. *Ritzmann* und *Rahm*, Schaffhausen: Der Schaffhauser medicinische Verein ist der erste, welcher die Hülfskasse besprochen hat: wir übersenden das Resultat Ihrer Besprechungen der Aerztecommission und bitten um ein Protocoll für das Correspondenz-Blatt. Freundl. Gruss! — Herrn Sanitätsrath *L. Meyer*, Zürich; Dr. *W. v. Muralt*, Zürich; Dr. *C. Schuler*, Bern; Dr. *Kappeler*, Münsterlingen: Besten Dank! — **Krankenpflegerinnen.** Wir werden darauf aufmerksam gemacht, dass Krankenpflegerinnen, die sich als Wärterinnen ausbilden wollen und dies zu ihrem Berufe wählen, im Krankenpflegerinneninstitut in Zürich („Schwestern vom rothen Kreuz") Aufnahme finden, insofern sie sich eignen. Mit Neujahr beginnt ein neuer Curs. Näheres durch den Präsidenten, Herrn Dr. *W. v. Muralt*, Zürich.

Hülfskasse. Weitere Circulare sind jederzeit zu beziehen von *A. Baader*.

Aerztealbum. Dankend erhalten die Photographie von weiland College *X. Schreiber*. *A. B.*

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



Date Due

Demco-293

